Rok I Seria II | Kraków | Nr 5 (1 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja:
Kraków, Krupnicza 11 a m. 11
Tel. 543-16
Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie | Redaktor odpowiedzialny: dr J. Hozer

Rok I Seria II | Kraków | Nr 5 (1 września 1945)

PRZEGLĄD LEKARSKI

DWUTYGODNIK

Organ Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego, Izby Lekarskiej w Krakowie, Związku Zawodowego Lekarzy R. P. i Wojew. Urzędu Zdrowia w Krakowie

Redakcja i Administracja: Kraków, Krupnicza 11a m. 11 Tel. 543-16 Konto P. K. O. Nr IV-310

Wydawca: Krakowskie Towarzystwo Lekarskie | Redaktor odpowiedzialny: Dr J. Hozer

EMIL GODLEWSKI

Śp. Godlewski urodził się w r. 1875 w Hołosku pod Lwowem. Większość swego życia spędził w Krakowie. Tutaj ukończył Wydział lekarski (1899 r.) i po dalszych studiach zagranicą, w Monachium i Kołoszwarze, został w 36-tym roku życia profesorem zwyczajnym biologii i embriologii. W tym samym roku został członkiem korespondentem Polskiej Akademii Umiejętności, a w 6 lat później, w r. 1918 jej członkiem czynnym.

Działalność śp. Godlewskiego można podzielić na trzy okresy: w pierwszym który zaczyna się jeszcze przed ukończeniem studiów lekarskich i trwa aż do wybuchu wojny w r. 1914, poświęca się z zapałem wyłącznie pracy naukowej. Rozpoczyna ją pod kierunkiem prof. Kostaneckiego badaniami nad kariokinezą. Później, w Monachium, wykonał wielokrotnie cytowaną pracę nad histogenezą mięśni prążkowanych i mięśnia sercowego zwierząt ssących. W latach następnych wyjeżdżał do stacji zoologicznej w Neapolu i pracował nad regeneracją oraz nad zapłodnieniem krzyżowym jeżowców i liliowców. W badaniach tych, które zapewniły mu wielki rozgłos, starał się wyjaśnić rolę protoplazmy w procesie dziedziczenia. W owym czasie uważano na ogół, że przenoszenie cech dziedzicznych dokonuje się wyłącznie przez substancje jądrowe, ściślej chromosomy komórek rozrodczych, a rolę protoplazmy pomijano. Godlewski przekonał się, że bezjądrowe fragmenty jaj jeżowca zapłodnione plemnikami liliowca mogą się rozwijać, choć w niewielkim procencie, aż do gastruli i ujawniają się wtedy cechy matczyne. Na podstawie tych doświadczeń wypowiedział pogląd, że protoplaźmie nie można odmawiać pewnego znaczenia w przenoszeniu cech dziedzicznych. Praca ta wywołała bardzo ożywioną dyskusję w światowej literaturze biologicznej.

W dalszym ciągu prof. Godlewski pracował nad stosunkiem plazmo-jądrowym, jako też nad oddziaływaniem wzajemnym komórek rozrodczych pochodzących z różnych gatunków. Stwierdził przy tym, że sperma różnych gatunków oddziaływa na siebie antagonistycznie i wywiera działanie zbliżone do aglutynacji. Do problemu tego powracał jeszcze wielokrotnie w późniejszych pracach.

Dowodem uznania, jakie prace powyższe zjednały Godlewskiemu zagranicą, było zaproszenie do współpracy w wielkich zbiorowych wydawnictwach dla których dwukrotnie pisał monografie o fizjologii rozrodu.

Nadszedł r. 1914 i I. Wojna Światowa, a z nią rozpoczął się dla śp. Godlewskiego drugi okres działalności poświęcony pracy przede wszystkim społecznej. Zajęcie znacznej części Galicji przez wojska rosyjskie w 1914 i 1915 r. spowodowało masową ewakuację ludności, a w związku z tym choroby i epidemie. Dla doraźnego zaradzenia złemu Ks. metropolita Sapieha założył Książęco-Biskupi Komitet Pomocy, w którym Godlewskiemu powierzył Sekcję Sanitarną. Prof. Godlewski oddał się na usługi nowo stworzonej placówki. Zorganizował ruchome kolumny sanitarne K. B. K., szczepienie ospy dla kilku milionów ludzi, walkę z tyfusem plamistym, brzusznym, cholerą, czerwonką, jaglicą i gruźlicą. Dla zwalczania chorób założono ośrodek przeciwgruźliczy dla dzieci w Zakopanem i przeciwjagliczy, również dla dzieci, w Oświęcimiu.

Po powstaniu Państwa Polskiego kolumny sanitarne wraz z całym inwentarzem zostały przekazane Rządowi Polskiemu, a zakłady dziecięce, po likwidacji K. B. K. Uniwersytetowi Jagiellońskiemu. Dla prowadzenia tych zakładów utworzono z ramienia Uniwersytetu Kuratorium, którego przewodniczącym został prof. Godlewski.

Z wiosną 1920 r. Rząd Polski wzywa go do zorganizowania walki z epidemiami na terenie całej Polski. Godlewski wahał się, zdając sobie sprawę z ogromu czekających go zadań, i z konieczności zaniechania pracy naukowej. Na decyzję wpłynęła rada ojca Profesora Emila Godlewskiego sen., który osą-

dził, że ważniejszą jest ochrona zdrowia tysięcy ludności zagrożonych epidiami od osobistej pracy naukowej. Na stanowisku Naczelnego Komisarza do walki z epidemiami rozwinął śp. Godlewski pełnię swych talentów organizacyjnych i wyjątkowej energii. Naczelny Komisariat był organizacją wielką, mającą do swej dyspozycji wszelkie środki Państwa i pomoc Ligi Narodów. Personel lekarski, pomocniczy i administracyjny podległy prof. Godlewskiemu dochodził do 10.000 ludzi. Do zadań Komisariatu należała walka z tyfusem plamistym, który wówczas szerzył się w zastraszający sposób, tyfusem brzusznym, czerwonką i innymi chorobami zakaźnymi rozwleczonymi po Polsce przez wojnę. Praca w Naczelnym Komisariacie pochłaniała wszystkie siły i cały czas prof. Godlewskiego, ale doprowadziła szybko do zlokalizowania i opanowania epidemii; zapewniła mu też najwyższe uznanie zarówno swoich jak i Komisji Epidemicznej Ligi Narodów, która z całą akcją zapoznała się na miejscu. Dopiero kiedy epidemie przygasły prof. Godlewski ustąpił z Nadzwyczajnego Komisariatu i powrócił do zajęć uniwersyteckich.

Rozpoczyna się teraz trzeci okres działalności prof. Godlewskiego. Pozostaje wprawdzie przy pracy uniwersyteckiej i naukowej, ale nie poświęca im wyłącznie całych swych sił jak przed wojną. Pociąga go również praca społeczna, do której wobec rezultatów działalności w Nadzwyczajnym Komisariacie ze wszystkich stron go powoływano.

W tym okresie wydał podręcznik ogólnej embriologii zwierząt kręgowych. Podczas wyjazdów do stacji zoologicznej w Roscoff we Francji i w Neapolu pracował nad problemem inaktywacji plemników jeżowców przez spermę innych gatunków. Pracował również nad istotą czynników wywołujących regenerację i brał udział w wydawnictwach międzynarodowych. W czasie ostatniego pobytu w Neapolu rozpoczął badania nad wpływem heteroauksyn na rozwój jeżowców. Praca ta nie została już ukończona. Ponadto bardzo dużo czasu poświęcił drugiemu wydaniu podręcznika embriologii. W r. 1939 rękopis został ukończony, druk przerwało zajęcie Krakowa przez Niemców.

Śp. Godlewski zdołał zebrać duże fundusze na budowę w Zakopanem na Bystrem wielkiego zakładu dla gruźlicy kostnej i gruczołowej u dzieci obliczonego na 300 pacjentów. Zakład jagliczy przeniesiony z Oświęcimia do Witkowic pod Krakowem i umieszczony w barakach wojskowych, rozwinął się szybko na jedyny w Polsce wielki zakład dla leczenia jaglicy u dzieci na 400 osób. W obu tych zakładach zorganizował Godlewski szkoły dostosowane do warunków leczenia i kładł wielki nacisk na wychowanie dzieci, pochodzących przeważnie z warstw najuboższych.

W r. 1936 istniejąca od lat 50 fundacja zakładu dla dzieci w Rabce rozwiązała się i przekazała zakład Uniwersytetowi. Prof. Godlewski podjął pracę nad zreorganizowaniem tego zakładu i połączeniem go w jedną organiczną całość z zakładem na Bystrem.

Chęć ukończenia budowy zakładów i zapewnienia im trwałych podstaw organizacyjnych skłoniła śp. Godlewskiego do udziału w życiu politycznym w charakterze senatora Rzeczypospolitej.

W r. 1942 śp. Godlewski zachorował na różę i mimo pozorów nie wrócił już do pełnego zdrowia. W rok później zachorował na zapalenie mózgu. W dniu 25 IV 1944 po ataku apoplektycznym zakończył życie.

Prof. Godlewski należał do ludzi szczęśliwych, jak sam powiedział o sobie z okazji otrzymania nagrody naukowej miasta Warszawy. Życie wypełnione po brzegi niezmordowaną pracą przynosiło mu uznanie swoich i obcych i wiele wysokich odznaczeń i zaszczytów. Wśród nich jednym z najwyższych było mianowanie Go, jako jedynego Polaka, członkiem Papieskiej Akademii Umiejętności, otwartej w r. 1936. Śp. Godlewski posiadał w wyjątkowym stopniu rys, który najlepiej można by określić jako aktywną dobroć; nie ograniczał się do głębokiego odczucia każdego cierpienia gdziekolwiek je spotkał, ale sam, nie proszony, z całą gotowością spieszył na pomoc, nie myśląc o sobie i nie dbając o swój trud. Ten rys charakteru był Jego zasadniczą postawą w stosunku do pracy społecznej a zwłaszcza do pracy dla dzieci. Tylko ci, co z Nim najbliżej współpracowali, mogli to w pełni ocenić. Pozostawił po sobie dorobek trwały, w postaci własnej karty w historii rozwoju nauk biologicznych i w postaci zakładów leczniczych Uniwersytetu Jagiellońskiego. Niezatarty żal pozostawił w sercach tych wszystkich, którym niósł ofiarną pomoc. *Prof. Dr St. Smreczyński*

PRACE ORYGINALNE

Prof. dr KSAWERY LEWKOWICZ Kraków

Choroba gruźliczo-gośćcowa

Z Kliniki dziecięcej Uniwersytetu Jagiellońskiego

(c. d).

5. Właściwości zarazka

Hübschmann (r. 3) podnosi, że właściwe osądzenie całkowitego procesu gruźliczego jest niemożliwe bez uwzględnienia szczególnych właściwości prątka Kochowskiego. Stałem od dawna na podobnym stanowisku i dlatego wydawało mi się tak zupełnie nieprawdopodobne, odnoszące się do etiologii gośćca — idące po linii wniosków Klingego (r. 12) — twierdzenie Bergera (s. 316, 448, 452, 507 i i.), jakoby prątek gruźliczy miał w niej tylko takie znaczenie, jak jakikolwiek ziarenkowiec ropotwórczy, albo nawet antygen białkowy, tj. jakoby był on tylko fakultatywnym zarazkiem gośćcowym. (L. p 7, r 681). Jako szczególne własności prątka wymienia Hübschmann: 1) jego ograniczoną jadowitość dla człowieka i 2) jego od przepojenia istotami woskowatymi zależną, wysoką oporność wzglę-

dem wszelkich wpływów, które są uzdolnione szybko uszkadzać i zabijać niektóre inne drobnoustroje.

Co do niskiej wrzekomo jadowitości prątka, to muszę podnieść, że Hübschmann (s. 108), jak o tym będzie niżej mowa (r. 10.), działania przeważnie jadowego dopatruje się m. i. w odczynach wysiękowych, prowadzących do masowych zserowaceń, gdy tymczasem chodzi wtedy, jak np. w I-ej fazie tworzenia się żespołu pierwotnego, o organizm jeszcze normergiczny, w którym zatem działanie jadowe prątka nie może się uwydatnić, gdyż nieuodporniony jeszcze organizm nie potrafi w większej mierze sprowadzić bakteriolizy prątka i uwolnić jego endotoksyn, a jady te, o ile są przecież w pewnej minimalnej ilości uwalniane, nie mogą wywołać większych skutków, gdyż działają na tkanki dopiero uczulające się, ale jeszcze nieuczulone. Jeżeli jednak weźmiemy pod uwagę — czego Hübschmann nie mógł uczynić, gdyż się nie liczył z możliwością, że te sprawy są przynależne do gruźlicy — odczyny hiperergiczne powstające wtedy, gdy ustrój przechodzi w stan wysokiego uodpornienia i uczulenia, a więc w szczególności w rumieniu siniakowatym, albo w ostrym gośćcu, to wcale nie dojdziemy do wniosku, jakoby jadowitość prątka, czy powstającego z niego kokkoida mogła być oceniana jako względnie niska.

Co do wysokiej oporności prątka, zależnej od jego przepojenia istotami woskowymi, to wyrazu jej można się dopatrywać w fakcie, że uodpornienie humoralne wcale się w gruźlicy nie rozwija, widocznie więc nie mogło by być skuteczne. Ustrój musi zatem rozwinąć uodpornienie tkankowe, a to przestrojenie tkanek wymaga względnie długiego czasu, od którego — w większej jeszcze prawdopodobnie mierze niż od powolnego mnożenia się prątków — zależy względnie długi okres wylęgania choroby. Gdy jednak rozwinie się po tym pełne uodpornienie, widzimy w tkankach — w szczególności w przebiegu rumienia guzowatego — objawy tak sprawnej bakteriolizy, że mogłyby się nasunąć wątpliwości, czy przyjmowanie szczególnej oporności prątka jest usprawiedliwione. Wątpliwości te jednak zdają się odpadać, gdy się zważy, że—jak o tym będzie mowa później (r. 11. d)—zniszczenie zarazków w zmianach gośćcowych może być niezupełne. Ale tu trzeba znów uwzględnić, że powstanie tych zmian jest wynikiem tylko słabo uodporniających posocznic późniejszych. Główne niebezpieczeństwo doszczętnego zniszczenia w sokach i żywych tkankach grozi zatem prątkowi w silnie uodporniających posocznicach początkowych. Zabezpiecza się on przed nim wywołując w czasie długiego okresu przedalergicznego wysięk serowaciejący, który stanowi dla niego następnie bezpieczne schronienie. Gdyby się te zmiany nie wytwarzały, niemożliwa byłaby choroba gruźlicza jako całość z jej późnymi zmianami otwartymi, które są źródłem zakażenia nowych osobników; gruźlica musiałaby zatem wygasnąć.

Hübschmann (s. 20, 35, 48, 102, 103, 107, 112) uznaje możliwość niszczenia prątków w ustroju ludzkim, chociaż wyraża pod tym względem także pewne zastrzeżenia (s. 108). Calmette (s. 462, 702, 776) przeciwnie możliwość tę zasadniczo odrzuca, a zato przyjmuje (s. 509 i n., 702), co przytaczam jako curiosum, że ustrój pozbywa się prątków wydalając je głównie z żółcią przez wątrobę i przez jelito. Nawet przedstawiając doświadczenie, które zaraz przytoczę, a w którym były wszelkie podstawy do przyjęcia pełnego uodpornienia, Calmette (s. 795) mówi tylko o „większej zdolności wyrugowywania prątków zjadliwych".

Otóż jałówki uodpornione przez Calmette'a dawką 0.1 g BCG wstrzykniętą podskórnie, zarażone następnie jedna w miesiąc, druga w 3 miesiące dożylnie dawką 5 mg jadowitego prątka pozostały nietylko przy pełnym zdrowiu — gdy zwierzęta kontrolne padały na gruźlicę prosówkową — ale zabite w rok po zakażeniu nie miały w narządach żadnych zmian gruźliczych, a ich gruczoły tchawiczo-oskrzelowe wstrzyknięte po zmieleniu świnkom morskim nie zarażały tych zwierząt. Gdy jednak zakażenie podejmowano w 6 albo 12 miesięcy po zabiegu uodporniającym, jałówki pozostawały wprawdzie zdrowe, a po zabiciu nie okazywały zmian gruźliczych, ale ich gruczoły zawierały, jak się to okazywało z doświadczeń na świnkach, prątki zjadliwe.

Z doświadczeń tych wynika jasno, że — podobnie jak w doświadczeniu Kochowskim — pełne uodpornienie zjawia się w 4 tygodnie po zabiegu uodporniającym i utrzymuje się kilka tygodni, poczym stopniowo zanika.

Calmette (s. 647) przytacza szereg przykładów przyrodzonej niepodatności na zakażenie gruźlicze, np. żaby względem wprowadzonych do jej grzbietowego worka chłonnego prątków gruźliczych pochodzących ze zwierząt ciepłokrwistych, poczym mówi:

„Te zwierzęta nie dające się ugruźliczyć są więc z natury niepodatne: prątki jako ciała obce obojętne pozostają tygodniami, miesiącami, a nawet latami w ich płynach, albo w ich tkankach zawarte w makrofagach, ale nienaruszone, żywe i dające się przeszczepić na zwierzę podatne. One je dobrze znoszą, ale nie mogą ich zniszczyć i nie wytwarza się nigdy symbioza między prątkami a komórkami, które je wychwytują, ale ich nie fagocytują.

Otóż tego rodzaju znoszenie (tolerancję) powinniśmy starać się wytworzyć przez uodpornienie sztuczne: rzeczywiście byłoby rzeczą daremną spodziewać się, że będziemy mogli organizmom podatnym na zakażenie gruźlicze użyczyć zdolności trawienia prątków gruźliczych, gdy zwierzęta niepodatne jej nie osiągają!" (podkreślenia autora).

To stanowisko Calmette'a jest niewątpliwie błędne. Nie można żadnym sztucznym uodpornieniem zamienić organizmu podatnego na z natury niepodatny i niedopuszczalny jest także wniosek Calmette'a tyczący się celów uodpornienia. Stoję tutaj na podobnym stanowisku jak Hübschmann (s. 107), którego zdanie przytoczę później (r. 10.). U zwierząt z natury niepodatnych z powodu przepojenia prątka istotami woskowatymi nie może nastąpić jego niszczenie przez komórki, gdyż nie następuje żadne wzajemne oddziaływanie na siebie prątka i ustroju zakażonego. W tych właśnie ustrojach prątek stanowi rzeczywiście w pełnej mierze

tylko ciało obce ściśle obojętne. Uodpornienie, także bezwzględne i to tak sztuczne zapomocą BCG, jak i naturalne, można osiągnąć tylko w ustrojach podatnych na zakażenie gruźlicze, jak to widzimy u świnek morskich w doświadczeniu Kocha, w spostrzeżeniu Pagela i w doświadczeniu Dupreza (r. 13.), u człowieka przede wszystkim w posocznicach początkowych, ale także w wielu popoczątkowych i u jałówek w doświadczeniu Calmette'a.

6. Mianownictwo

Przypomnę, że ze względu na postać zarazka określiłem sprawy gośćcowe jako tuberkulokokoidozy (L. p, r, s). Z uwagi jednak na okoliczność, iż sprawa chorobowa nie doprowadza w nich do powstawania zmian martwiczych, lecz toczy się w zasadzie aż do końca w żywych tkankach ustroju, możnaby także mówić o gruźlicach zapalnych (L. l, m), albo o biotuberkulozach w przeciwstawieniu do „klasycznej“ gruźlicy z jej zmianami serowatymi, którą możnaby określić jako gruźlicę martwiczącą, nekrotuberkulozę.

Używając określenia „biotuberkuloza“ lub „sprawa biotuberkuliczna“ trzebaby jednak pamiętać, że nie oznacza ono wcale czegoś, co jest pod względem anatomicznym gruźlicą, gdyż sprawa omawiana nie łączy się bynajmniej z powstawaniem gruzełków. Byłoby to więc określenie czysto etiologiczne i miałoby wskazywać na fakt, że sprawy te wywoływane są przez ten sam zarazek, co sprawy martwicząco-gruźlicze, chociaż przybiera on tutaj odmienną, nieprątkową postać. Rzeczywiście — jeżeli pominiemy stosunkowo rzadko zdarzające się w tkance podskórnej, w ścięgnach i rozścięgnach makroskopowe gośćcowe guzy — gościec łączy się tylko z powstawaniem mikroskopowych guzeczków, ale i one nie stanowią stałej „obowiązkowej“ cechy zmian gośćcowych. Najczęściej i w zupełnie typowej postaci guzeczków Aschoffowskich znajdujemy je w mięśniu sercowym, mianowicie w ścianach komór, a już w ścianach przedsionków może ich zupełnie brakować, a zmiany tutaj, ale w niektórych przypadkach także zmiany w ścianach komór, mogą się przedstawiać jako rozlane nacieki złożone, poza pewną ilością histiocytów, jużto głównie z limfocytów, to znów z leukocytów wielojądrzastych. Wobec tego zatem, że w gośćcu — nie mówiąc już o gruzełkach — badanie nie tylko co do guzeczków, ale nawet, jak zobaczymy później (r. 11 e), co do nacieków zapalnych, może w pewnych zakażonych obszarach wypaść ujemnie, wskazanym by było określeń „gruźlica“ i „gruźliczy“ w terminach odnoszących się do spraw gośćcowych zupełnie zaniechać. W wyniku tego zarazek otrzymałby nazwę reumatokokkoida, a wyodrębnione obecnie ściśle od spraw gośćcowatych — tj. zapaleń stawowych wywołanych przez zwykłe bakterie, np. streptokoki, gonokoki — przez jego obecność we krwi i w zmianach sprawy gośćcowe otrzymałyby etiologiczną nazwę reumatokokkoidoz.

W poprzednich pracach (L. g-k) proponowałem na określenie „klasycznej“, zatem martwiczącej gruźlicy terminów „przygruźlica“ i „paratuberkuloza“. Byłyby one teoretycznie usprawiedliwione, miałyby nam mianowicie uzmysławiać, że zjawiska martwiczenia nie stanowią istoty sprawy w zakażeniu gruźliczym, nie są wcale sprawą główną i nie są — nawet w zespole pierwotnym — żadną nieuchronną koniecznością. Terminy te jednak mogłyby stać się źródłem niepożądanego zamieszania, gdyż używane były przez wielu autorów, np. Wallgrena, na oznaczenie spraw, które obecnie objąć musimy pojęciem gośćca.

Pojęcie to odgranicza się obecnie ściśle od pojęcia gruźlicy, której nazwa nie wymaga wobec tego żadnego dodatkowego przymiotnikowego określenia.

Posocznice takie, jakie są podłożem gorączki początkowej, rumienia siniakowatego i chorób gośćcowych, będziemy określali jako prątkowo-kokkoidowe, albo gruźliczo-gośćcowe, posocznice zaś prowadzące do powstania zmian gruźliczych jako prątkowe, lub gruźlicze.

Jak się to już wyraziło w tytule pracy, gruźlicę jako całość z jej występującym niekiedy 3-okresowym, latami się ciągnącym przebiegiem należy określać jako chorobę gruźliczo-gośćcową, gdyż w naszym pojmowaniu nie może ona być nigdy sprawą czysto gruźliczą.

7. Zakres i waga zjawisk gośćcowych

Jak już podnosiłem poprzednio (r. 4), nie zjawiska gruźlicze, lecz gośćcowe stanowią sprawę główną i kierowniczą. Jeżeli do tego uwzględnimy przytoczone niżej w rozdziale 11. e możliwości zakażeń gośćcowych, nie łączących się z objawami zapalnymi to dojdziemy do wniosku, że dotychczasowe pojęcie gośćca musi być znacznie rozszerzone. Już Klinge (a 39 i 221) wypowiedział twierdzenie, że „szerokości zjawiskowej gośćca nie można sobie za obszernie przedstawiać“. Rzeczywiście z wykonanych pod jego kierunkiem (K. 193) przez Grzimeka badań na 520 zwłokach branych pod rząd bez względu na przyczynę śmierci ludzi w wieku od 30 lat w górę okazało się, że w prawie 50% można było stwierdzić wznawiające się, albo przebrzmiałe zapalenie zastawek sercowych, a z analogicznych badań Wilda (K. 221) wynika, że w 65 przypadkach na 139 (= 46,7%) stwierdza się w mięśniu sercowym mikroskopowe blizenki gośćcowe, przyczym tylko w 21 przypadkach (= 32,3%) można było przez poprzednio przeprowadzone, lub dodatkowe wywiady wykazać przebycie gośćca stawowego, a znaczna część tych uszkodzeń sercowych nie była klinicznie rozpoznana, tak, że dopiero badanie anatomiczne wyjaśniało niejedną zagadkę (Klinge, s. 221).

Ażeby jednak zdać sobie w całej pełni sprawę z obszaru gośćca, należy wyjść z założenia, że wszyscy dorośli, przynajmniej w warunkach miejskich, przechodzili w jakimś czasie jedną lub więcej posocznic gruźliczo-gośćcowych. Wynika to z faktu, stwierdzonego próbami tuberkulinowymi i badaniami anatomicznymi, że praktycznie biorąc, wszyscy oni przeszli zakażenie gruźlicze. Jeżeli nie zapadli na gruźlicę II-go lub III-ciorzędną i nie zmarli, to tylko dlatego, że się uodpornili przez korzystne przebycie choćby jednej posocznicy prątkowo-kokkoidowej. Możnaby więc ogólnie powiedzieć, że przebycie zwycięskie ostrego zakażenia gośćcowego jest jedyną drogą do uzyskania pełnego uodpornienia przeciwgruźliczego.

Otrzymujemy w ten sposób wytłumaczenie znanego od dawna — co prawda nie bezwzględnego — stosunku wzajemnego wyłączania się gośćca i gruźlicy, a podobnie znanego od czasów Rokitansky'ego (cyt. za Bergerem, s. 441) antagonizmu między gruźlicą, a powstającymi przecież głównie na tle gośćca wadami zastawkowymi serca.

Z drugiej strony trzeba jednak podnieść, że w postaci sera gruźliczego, choćby był zwapniały, w każdym z nas tkwi jako zasadnicza podstawa ogólnego — dotąd jeszcze przez nikogo w swej istocie niewyjaśnionego (Fonio s. 66) — usposobienia gośćcowego i jedyny prawdziwy „focus", źródło do nowych zakażeń. Powstaną one, jeżeli skutkiem zadziałania niekorzystnych warunków zewnętrznych, lub pewnych wpływów wewnętrznych, choćby nawet — jak pokwitanie, starość, ciąża i przekwitanie —fizjologicznych, ogólna oporność ustroju i jego swoista przeciwgruźlicza odporność zostaną znacznie obniżone. Jeżeli przytym ustrój zachowuje zdolność do szybkiego odtwarzania dostatecznie silnego swoistego uodpornienia, mogą nie powstać żadne miejscowe, klinicznie uchwytne sprawy zapalne, ale mogą się także rozwinąć różne umiejscowienia gośćcowe. Jeżeli zaś ta zdolność nie dopisze zupełnie, powstaną zmiany gruźlicze. Ponieważ wpływy zewnętrzne mogą, np. w czasie wojny, działać ujemnie na całe zbiorowości, powstają w ten sposób pozorne epidemie już to gośćca, czy znów żółtaczki, już to — w razie silniejszego zadziałania — gruźlicy, mimo że nie chodzi w tych wypadkach wcale o zarażanie się tymi chorobami jednych osobników od drugich.

8. Sprawy gruźliczo-gośćcowe u dziecka. Okres wylęgania i posocznica początkowa

Wbrew pojmowaniu Rankego nie istnieje klinicznie — jak to podniosłem w dyskusji do referatu Dufourta (L. k 211) — żaden okres zespołu pierwotnego, gdyż nie tworzenie się zespołu, lecz zakażenie ogólne stanowi sprawę immuno-biologicznie główną (r. 4 i 7), ona więc tylko może być podstawą podziału na okresy w myśl dawnej zasady „a potiori fit denominatio", no i oczywiście „divisio".

Otóż, jeżeli weźmiemy za przedmiot opisu rumień sińcowaty, który stanowi pełny, gdyż z wysypką połączony, obraz posocznicy początkowej i który może nam służyć jako pierwowzór przebiegu każdej posocznicy prątkowo-kokkoidowej (L. e, f, i, k 373), to, jak obecnie ogólnie jest znane, choroba wybucha w 3—7 tygodni po zakażeniu (okres wylęgania), zaczyna się ostro objawami ogólnymi (trwający kilka dni okres zwiastunów), poczym pojawiają się guzy siniakowate (utrzymująca się parę tygodni pełnia choroby), a następnie wszystko mniej lub więcej szybko (okres ustępowania) wraca do stanu prawidłowego. Jest to więc typowo cykliczny przebieg choroby wysypkowej ostrej. Ponieważ przy tym obecnie wiemy, że w przypadkach świeżych tak z krwi, jak i z guzów można wyhodować prątki gruźlicze, albo udowodnić ich obecność przez szczepienia z zastosowaniem kilku pasaży na świnkę morską, badanie zaś histologiczne guzów wykazuje chyba tylko bardzo nieliczne i zniekształcone prątki, a przeważnie stwierdza zarazki w postaci kokkoidowej (L. e, f), musimy przyjąć, że choroba stanowi posocznicę prątkowo-kokkoidową, przy czym widocznie z chwilą wybuchu choroby i szybkiego wytworzenia się wysokiego uczulenia tuberkulinowego i uodpornienia prątki przechodzą w kokkoidy, a następnie zostają doszczętnie zniszczone.

Muszę tutaj podnieść, że przyrodę gruźliczą rumienia guzowatego i tym samym jego powstawanie na podłożu posocznicy prątkowej udowodnili po raz pierwszy w r. 1913. Landouzy i Laederich. Przez wszczepienie wyjętego za życia chorego i zmiażdżonego guza śwince morskiej wywołali oni mianowicie u tego zwierzęcia gruźlicę.

Za osiągnięciem przez ustrój bardzo wysokiego uodpornienia, jakiego ustrój przy późniejszych posocznicach prawdopodobnie nigdy już nie jest w stanie wytworzyć (L. e 6, f 39, g 25, h 123, j 457), przemawiają następujące fakty: 1) ostry, cykliczny przebieg choroby; 2) ustępowanie bez śladu zmian skórnych, mimo ich prątkowo-kokkoidowej przyrody; 3) niszczenie doszczętne zarazków we krwi i w tkankach żywych, bo przecież zarazki docierają do wszelkich tkanek unaczynionych, ale sprowadzają przeważnie tylko zmiany podprogowo przebiegające i przelotne; 4) zahamowanie rozwoju i otarbianie zespołu pierwotnego; 5) pełna zgodność czasowa z uodpornieniem stwierdzonym u świnki przez doświadczenie Kochowskie; 6) wnioski wysnute ze spostrzeżenia Pagelowskiego.

Istniejąca w przebiegu posocznicy początkowej szczególna zdolność odczynowa ustroju dziewiczego uwarunkowana jest chyba niewątpliwie w pierwszym rzędzie nienaruszonym stanem układu siateczkowo-śródbłonkowego, czyli histiocytarnego, do którego należą także komórki żerne tkanki łącznej, histiocyty, c y klazmatocyty. Okazuje się to jasno z porównania wyników moich badań bioskopijnych w rumieniu siniakowatym z wynikami badań histologicznych w śmiertelnych przypadkach gośćca, w których, jak o tym będzie mowa później (r. 11 b-e), zakażenie kokkoidowe, nie napotykając na żadne zapory, dociera do wszelkich tkanek.

W rumieniu (L. e, f) znajdujemy w przeciwieństwie do tego zarazki — są to w dużej przewadze kokkoidy, a tylko w niewielkiej liczbie zniekształcone prątki — wyłącznie w histiocytach jedno- lub wielojądrowych. Protoplazma tych dużych fagocytów jest niekiedy względnie dobrze utrzymanymi zarazkami szczelnie wypełniona (ryc. 2, 8 i komórka lewa dolna ryc. 9). Inne z tych komórek żernych zawierają jednak zarazki z rzadka tylko rozmieszczone, mniejsze aż do pylastych i bledsze (ryc. 1, 5, 7 i komórki dolnej części ryc. 9), widocznie więc skutkiem w toku będącej bakteriolizy znacznie przerzedzone i uszkodzone. Znachodzimy dalej komórki (ryc. 4 i górna prawa komórka ryc. 9), których protoplazma jest różowo, lub nawet żywo czerwono jednostajnie zabarwiona, co musimy uważać za dowód, że substancja kwasooporna zarazków została tu zupełnie rozpuszczona skutkiem całkowitej bakteriolizy. Zdarzają się wreszcie komórki olbrzymie, zbliżone do typu Langhansowskiego. Nie zawierają one zarazków, ani nie okazują różowego Ziehlowskiego zabarwienia, ale mimo to należy przy-

jąć, że także w nich dokonała się kompletna bakterioliza zarazków, gdyż tylko bezpośrednim działaniem zarazków można powstanie tych komórek tłumaczyć. W otoczeniu omówionych komórek znajdujemy w tkance liczne leukocyty wielokształtnojądrzaste, czyli ciałka ropne, ale w żadnym z nich nie znajdujemy zarazków, nie widzi się ich także w innych komórkach niehistiocytarnych. Otóż wysnujemy z tego następujący wniosek mający, jak sądzę, niezwykle doniosłe znaczenie. W posocznicach początkowych — nawet w przypadkach najcięższych, bo połączonych z wybroczynami podskórnymi, które cechują rumień i muszą zależeć od pękania silnie uszkodzonych naczyń, tym bardziej zaś w przypadkach lżejszych — walkę z zarazkami przeprowadzają wyłącznie duże komórki żerne tkanki łącznej i dokonują jej tak skutecznie i tak szybko, że zakażenie nie może się przenieść na inne pierwociny tkankowe. Rozumiemy teraz w jaki sposób powstają przebiegi zupełnie łagodne i krótko trwające posocznic początkowych. Jasne jest także, że nawet w przebiegu rumienia zniszczenie zarazków może się dokonać tak szybko, iż badanie bioptyczne wypadnie w tym kierunku ujemnie. Mogą się także nie wytworzyć komórki olbrzymie. Toby wyjaśniło następujące twierdzenie Wallgrena (s. 823): „Nie ma chyba nikogo, nawet gdy jest zwolennikiem etiologii gruźliczej, ktoby był zdania, że same guzy są gruźlicze. Pojmuje się je w ten sposób, że są one wywołane nie przez sam zarazek, lecz przez działanie w alergicznym ustroju pewnych toksyn wytworzonych przez zarazek; w tych okolicznościach nie ma powodu oczekiwać, że się znajdzie w samych guzach czy to zarazki, czy swoiste gruźlicze zmiany".

Posocznica początkowa przebiega tylko rzadko pod postacią rumienia sińcowatego. Może się ona przedstawiać klinicznie jako wysoka gorączka bez żadnej wysypki, ale może także, jak to widziałem w jednym przypadku u oseska, łączyć się z pojawianiem się w skórze tułowia i kończyn parę godzin tylko utrzymujących się, nielicznych czerwonych plam o $1^1/_2$-centrymetrowej średnicy i nieregularnych zarysach. Gorączka może być także wysoka, ale krótkotrwała, nawet jednodniowa, albo znów zupełnie słaba gorączka może trwać tylko 3—5 dni. W tych krótko trwających, często zupełnie łagodnych, innym razem znów cięższych przebiegach wyraża się jeszcze wybitniej niż w rumieniu, którego trwanie może się niekiedy rozciągać na kilka tygodni, charakter ostry i cykliczny sprawy. Wreszcie wszystko może się ograniczać — przy stanie bezgorączkowym — do przejścia nieoddziaływania na tuberkulinę (normergii) w oddziaływanie (alergię). Także i w tych szczątkowych i poronnych przebiegach posocznicy początkowej musimy przyjąć pełne uodpornianie się ustroju, może nawet — w uwzględnieniu przebiegu łagodniejszego i krótszego, albo bez objawowego — uzyskiwanie tego uodpornienia energiczniejsze i szybsze, niż w przypadkach rumienia. Dzieci po przebyciu jakiejkolwiek postaci posocznicy początkowej mogą na ogół następnie przebywać bezkarnie w środowisku ciągle je dodatkowo zarażającym. Ponieważ chodzi w tych razach prawie wyłącznie o zakażenia płuc drogą powietrzną, a prątki zostają niszczone, mimo że nie wchodzą przy tym wcale w styczność ani z osoczem krwi, ani z limfą, jest to jeden z najcelniejszych dowodów przeciwko zapatrywaniom Rankego, który (r. 3.) istniejące w gruźlicy uodpornienie uważał za humoralne i sądził, że do niszczenia prątków konieczne jest ich dokładne wymieszanie z „humorami".

9. Powstanie Parrotowskiego zespołu pierwotnego. Anatomiczny okres I.

Jak się dowiadujemy z obszernego przedstawienia tej sprawy przez Péhu i Dufourta (s. 113 i n.), zespół pierwotny odkryty został i opisany w krótkim doniesieniu w r. 1876 przez Parrota. Studiowany on był następnie pod nazwą „adénopathie similaire de Parrot" przez Francuzów, m. i. przez ucznia Parrota Hervoueta (1877) na 145 przypadkach i pod kierunkiem Hutinela na dużym materiale przez Alzatczyka Kussa (1898). Używaną dziś ogólnie nazwę zespołu nadał mu Ranke.

Muszę przyjąć, że budowa anatomiczna tej pierwotnej zmiany, jej powstanie i losy są ogólnie znane. Po bliższe szczegóły odsyłam do dzieła Hübschmanna. Podniosę więc tutaj tylko, że zespół tworzy się w okresie wylęgania, a jego rozrost zostaje zahamowany z chwilą osiągnięcia uodpornienia, będącego wynikiem korzystnego przebycia przez ustrój posocznicy początkowej. Nawet u niemowląt, u których względnie często przychodzi do masowego zserowacenia oskrzelowych gałek chłonnych i wytworzenia skutkiem tego dużych guzów, guzy te — jakby wynikało z rentgenologicznych spostrzeżeń Rista i Levesque'a — powstają tylko w okresie przedalergicznym. Jeżeli się ich mianowicie nie stwierdza z chwilą pierwszych dodatnich odczynów tuberkulinowych, to się już później nigdy nie rozwijają. Wystąpienie wrażliwości na tuberkulinę jest dla nas, jak widzimy, wskaźnikiem, że ustrój równolegle osiąga swoiste uodpornienie. Powstanie dużych guzów można tłumaczyć tylko w ten sposób, że uodpornienie to rozwijało się zbyt powolnie i osiągnęło niewielkie natężenie. W tych warunkach zmiany zespołu mogą, mimo przebycia posocznicy początkowej, w razie zupełnie niewystarczającego uodpornienia, powiększać się w dalszym ciągu.

Przeważnie jednak masy serowate zespołu zostają otoczone torebką łącznotkankową i w ten sposób odgrodzone od reszty ustroju. Często ulegają one później zwapnieniu. Mimo tych zmian zawierają one żywe i zjadliwe prątki. Toteż mogą z nich wychodzić ponowne zakażenia miejscowe i ogólne. Zakażenia ogólne, tj. posocznice początkowe mogą oczywiście powstawać tylko w łączności z wychodzącym z mas serowatych zakażeniem sąsiedztwa tychże. Anatomicznie można przeważnie w związku z tym wykazywać miejscowe zaostrzenia (Paraf, s. 81, Hübschmann, s. 23, 35, 50 i ryc. 18). Jeżeli zaś Hübschmann twierdzi, że bacylemie mogą powstawać także bez takiego miejscowego zaostrzenia, to wynika z tego tylko, że te zaostrzenia mogą być anatomicznie nieuchwytne.

10. Alergia I i I/II.

Musimy teraz zająć się nieco bliżej nastawieniem odczynowym ustroju w okresie I-ym i na przejściu

z okresu I-go w II-gi. Jest to szczególniej dlatego wskazane, że dotychczasowe zapatrywania nasuwają właśnie w tym zakresie najwięcej zastrzeżeń.

Ranke (s. 146, 156) przyjmował w okresie I, anatomicznie przedstawiającym się jako okres zespołu pierwotnego, alergię rozplemną (Hübschmann, s. 106, woli ją określać jako wytwórczą), ale mówił także o alergii stwardniającej, sklerotycznej. Są to jednak tylko puste słowa, przez które sprawa otarbiania zmian zespołowych nie staje się bynajmniej jaśniejsza. Istnienia uodpornienia ogólnego nie mógł Ranke w tym czasie przypuszczać, bo przecież miał to być okres odpowiadający zwiastunom w chorobach ostrych.

Podłożem odczynowym II. okresu, pod względem anatomicznym okresu uogólniania się choroby, miał być drugi rodzaj alergii, określany przez Rankego jako nadmierna wrażliwość na jady, albo anafilaksja. Otóż jej skutki można również częściowo spostrzegać już na zespole pierwotnym płucnym. Ranke (s. 19, 59) widzi ją w takich przypadkach, w których przychodzi do szczególnie ciężkiego zserowacenia przynależnych gałek chłonnych i wrzekomo także do wtórorzędnego zserowacenia częściowo już wytwórczego płucnego ogniska pierwotnego, a obu sprawom towarzyszą ciężkie okołoogniskowe zapalenia (cyt. w/g H-a, s. 106).

Z tłumaczeniem tym Hübschmann (s. 109) nie tylko się solidaryzuje, ale na dobitek porównuje zserowacenie do martwiny powstającej w zjawisku Arthusa w następstwie wstrzyknięcia surowicy u zwierzęcia poprzednio na tę surowicę uczulonego, albo do hiperergicznego odczynu, który tak dobrze nam jest znany ze zjawisk gośćcowych (Klinge a, s. 243 i n.), a który według Hübschmanna (s. 110) miałby w spostrzeżeniu Rankego polegać na ujemnej fazie alergii, inaczej ujemnej alergii, czyli nadmiernej wrażliwości, lub (s. 111) na „swoistym usposobieniu". Tłumaczenia te, podobnie jak wszystkie użyte określenia, uważam za zupełnie błędne. Wiemy przecież, że zmiany zespołu polegają na histologicznie nieswoistym wysięku zapalnym, przechodzącym w serowacenie, a z przytoczonych wyżej (r. 9) spostrzeżeń Rista i Levesque'a wynika jasno, iż masowe zserowacenie nie może być wyrazem żadnego szczególnego uczulenia, gdyż wytwarza się przed wystąpieniem alergii tuberkulinowej. Musimy je zatem uważać — nie tylko w zespole pierwotnym, ale także gdy się pojawia kiedykolwiek później — za następstwo nierychliwego i niedostatecznego uodporniania się ustroju. Tym samym nie może ono mieć nic wspólnego ani ze zjawiskiem Arthusa, ani z hiperergią, bo w obu tych wypadkach chodzi o zjawiska powstające u osobników swoiście uczulonych i uodpornionych. Hiperergia jest przy tym przez Hübschmanna zupełnie mylnie pojmowana, jako ujemna alergia. Jeżeli zaś, jakby wynikało ze spostrzeżeń Rankego, w ognisku pierwotnym wystąpiły już poprzednio otarbiające zjawiska wytwórcze, to były one oczywiście wyrazem względnie silnego uodpornienia osiągniętego w przebiegu posocznicy początkowej, dodatkowe zaś zserowacenia musiały być następstwem utraty tego uodpornienia i masowej inwazji prątków z jądra ogniska do otaczającej tkanki, oraz musiały się łączyć z posocznicami późniejszymi, zupełnie niedostatecznie uodporniającymi i dlatego nie prowadzącymi do nowych otorbień. Wszystko to przypomina do pewnego stopnia stosunki znane nam ze spostrzeżenia Pagelowskiego u świnki morskiej (r. 4).

Ranke (s. 22, 27, 156, 210) przejście wysiękowej fazy ogniska pierwotnego w wytwórczą odnosił słusznie do pewnego rodzaju przestrojenia. Hübschmann (s. 108) zapatrywanie to zwalcza, ale zaraz potym (s. 109) przecież możliwość takiego przestrojenia dopuszcza, zastrzegając się tylko, że chodzi tu o zwykły przebieg, który można spostrzegać przy wysiękach także na tle innych zakażeń i który należy do zakresu normergii, o ile składowa wysiękowa i składowa wytwórcza pozostają ze sobą w równowadze. Ale przecież nie można mówić o równowadze, gdy to nie są wcale dwie składowe, tylko dwie następujące po sobie fazy. Pierwsza faza (odczynu wysiękowego ze serowaceniem) ma być przytym według Hübschmanna (s. 108) wyrazem działania jadowego, druga (odczynu wytwórczego) wynikiem działania prątków jako ciał obcych. Jest to pojmowanie wprost opaczne, bo przecież w pierwszej fazie ustrój jest jeszcze niewątpliwie normergicznym, nie może więc w większej mierze dokonywać bakteriolizy i uwalniać tą drogą endotoksyn, nie może więc w tym czasie powstawać wybitniejsze działanie jadowe; w drugiej zaś fazie działanie to niewątpliwie już się odbywa w całej pełni.

Jednak Hübschmann (s. 107) słusznie mówi: „działanie nosiciela zakażenia na zarazka jest koniecznym założeniem dla przyjęcia się zakażenia w ogóle. Chorobotwórczymi są tylko takie drobnoustroje, przy których rozkładzie w zakażonym ciele także w stosunkach normergicznych powstają dla tego ciała jadowite substancje". Tym samym niesłuszną rzeczą byłoby przyjmować wtedy zupełną anergię. Rzeczywiście gdyby pewne, powiedzmy przygotowawcze, wzajemne działania na siebie zarazka i ustroju nie odbywały się od samego początku w okresie wylęgania, to nie mogłyby się one zacząć odbywać także później, tym samym nie mogłyby w tym czasie powstawać zapalno-wysiękowe zmiany I-ej fazy zespołu pierwotnego i nie mogłaby z końcem tego okresu rozwinąć się alergia. Niewątpliwie zatem istnieją wtedy tak w zakresie zespołu, jak pod wpływem zakażenia posoczniczego w zakresie naczyń pewne działania jadowe. Jeżeli przy tym zważymy, że w tym czasie odbywa się niczym nieskrępowane mnożenie się prątków i że równocześnie zachodzić muszą w tkankach pewne postępujące zmiany przygotowujące powstanie uodpornienia i uczulenia, to musimy dojść do wniosku, iż to działanie jadowe prawdopodobnie względnie szybko się wzmaga. Można zatem zrozumieć, że przy nierychliwym i niewydatnym uodpornianiu się, cechującym zwłaszcza dzieci małe, prątki działając w wielkich ilościach sprowadzać mogą wtedy nawet masowe zserowacenia (p. Rist i Levesque, r. 9). Ale mimo to, jeżeli w ogóle kiedykolwiek można przyjmować działanie prątka głównie jako ciała obcego, to jest to dopuszczalne właśnie w tej I-ej fazie, odpowiadającej okresowi wylęgania i okresowi przedalergicznemu, jak to

zresztą już wyżej (r. 4.) przyjęliśmy dla zachowania się ustroju wobec prątków w początkowej posocznicy. Jak się zaś ustrój zachowuje wobec nich po przejściu w stan alergii, to widzimy jasno w rumieniu guzowatym i w dwóch podanych wyżej modyfikacjach doświadczenia Kochowskiego. Przenosząc te wiadomości na zespół pierwotny musimy powiedzieć, że dalszy rozrost ognisk serowatych zostaje dlatego wstrzymany, iż prątki, które z nich wtargnęły do żywych tkanek otaczających, ulegają bakteriolizie, a uwolnione przy tym endotoksyny wywołują około-ogniskowe hiperergiczne, histologicznie nieswoiste zapalenia, które przechodzą później w zmiany wytwórcze i prowadzą tą drogą do otorbienia ognisk. W ten właśnie sposób powstawałaby wytwórcza II-a faza zespołu, a stanowiło by to analogię do bliznowacenia hiperergicznych zmian gośćcowych. Nie może zatem bezwarunkowo być mowy o przeważającym w niej działaniu obcociałowym prątków, na pierwszym planie jest bowiem wtedy wprost przeciwnie działanie jadowe czy to prątków, czy powstałych z nich kokkoidów.

Podobnie jak Ranke, także Hübschmann nie zdaje sobie, jak widzimy, jeszcze zupełnie sprawy z tego ogólnego podłoża, które doprowadza do przejścia z fazy wysiękowej w wytwórczą, co tym bardziej uderza, że mówi on często o bacylemii towarzyszącej wszelkim sprawom gruźliczym (H. 20, 21, 25, 33). Ale w jego pojęciu bacylemia, to tylko obecność we krwi prątków, które następnie mogą już to ulegać zniszczeniu, już to osiadać w tkankach i w nich albo wywoływać zmiany chorobowe, albo nawet tylko spoczywać w uśpieniu. Tymczasem w moim pojmowaniu zjawisk chodzi o osobne, cykliczne, uodporniające choroby posocznicze.

Hübschmann (s. 106) mówi: „Już fakt, że czysto anatomiczne rozpatrywanie nakazywało przyjęcie trzech wzajemnie od siebie odgrodzonych okresów...", a Ranke przy immuno-biologicznym rozważaniu widzi się później zmuszonym widzieć alergię II już w niektórych zmianach zespołu pierwotnego (chodzi tu o wspomniane już wyżej masowe zserowacenia), wydaje na ten podział wyrok. Jeżeli się jeszcze do tego doda, że właściwie ogólna gruźlica prosówkowa, w szczególności dorosłych, nie może być wcale w tym schemacie pomieszczona, to musi się chyba definitywnie dojść do wniosku, że Rankego podział na okresy, rozpatrywany z immuno-biologicznego stanowiska, jeszcze mniej odpowiada rzeczywistym stosunkom niż przy czysto anatomicznym rozważaniu. Ranke moim zdaniem popełnił ten błąd, że widział prawidłowości tam, gdzie ich niema". Podniosę tutaj, że Hübschmann na podstawie przypadków późnej gruźlicy prosówkowej dochodzi do podobnego wniosku, jaki sami wysnuć musimy z przypadków rumienia sińcowatego, wznawiającego się przez całe życie (r. 11 a), albo występującego u osób z gruźlicą III-rzędną (r. 13), mianowicie, że te postacie chorobowe — podobnie zresztą jak sprawy gośćcowe, zwłaszcza późne — nie dają się żadną miarą wtłoczyć w schemat Rankego. Chodzi przecież o zjawiska któreby można było umieścić tylko w okresie I/II (rumień) lub II (prosówka i z zastrzeżeniami gościec), a tymczasem widuje się je także w okresie III.

Należy jeszcze do tego wszystkiego dodać, że Ranke niesłusznie dopatruje się jakiegoś przeciwieństwa między nadmiernym uczuleniem, które ma być cechą II okresu, a uodpornieniem, które ma być podstawą III-go. W rumieniu bowiem widzimy, że te dwie składowe alergii idą na ogół równolegle i razem osiągają wysokie wartości. Uderzający wyjątek z tej reguły stanowią jednak — nieznane mi co prawda z osobistego doświadczenia — tuberkulino-ujemne przypadki rumienia. Jak to na innym miejscu obszernie omówiłem (L. i 449), należy je tłumaczyć anergią dodatnią, tj. zdolnością tkanek do tak szybkiego rozkładania jadów gruźliczych, że te nie wywołują odczynów zapalnych.

Wysnujemy z tych spostrzeżeń dwa wnioski: 1) Wystąpienie dodatnich odczynów tuberkulinowych możemy wprawdzie, jak to m. i. pouczają spostrzeżenia Rista i Levesque'a (r. 9), uważać za oznakę równoległego osiągnięcia przez ustrój uodpornienia, ale natężenie odczynów tuberkulinowych nie może nam służyć za wskaźnik do oceniania wysokości uodpornienia. 2) Ujemnego wyniku prób tuberkulinowych nie można uważać za pewny dowód, iż badana sprawa chorobowa jest przyrody niegruźliczej.

(c. d. n.)

Dr JANUSZ PETER
dyr. Szpitala w Tomaszowie Lubelskim.

Tomaszów Lubelski

Przyczynek do wyłonienia jelit przez pękniętą odbytnicę

W dniu 12 kwietnia r. 1943-go przywieziono do szpitala kobietę 62-letnią, rolniczkę, z wyłonionymi niemal w całości jelitami cienkimi, które przedostały się na zewnątrz przez szczelinę, wytworzoną w górnej części odbytnicy.

Wywiady: w dzieciństwie chorowała na odrę i płonicę, odbyła 6 porodów siłami natury, poza tym zapadała na różne, bliżej nieokreślone choroby. Po pierwszym porodzie nie zostało zaszyte pęknięte krocze, dzięki czemu po pięćdziesiątce coraz bardziej poczęło postępować wypadanie macicy. Początkowo pewną ulgę chorej przynosiło włożone kółko, później jednakże, mianowicie podczas ostatniej Wojny Światowej, kółko wypadło, większego zaś nigdzie nie mogła nabyć.

W dniu krytycznym, po spożyciu śniadania, składającego się z polewki grochowej i kromki czarnego chleba, miała prawidłowe, niebolesne wypróżnienie, po którym, w kilka godzin później, „z dość ciężkim brzuchem" wyszła do miasta. Idąc oddała kilka bolesnych wiatrów, stojących w związku, jak sądziła, z rozdymającym działaniem grochówki, a po jednym z nich uczuła, że coś miękkiego wysunęło się z kiszki stolcowej. Dotknięciem palca rozeznała, że

było to jelito. Zawróciła do domu, tym bardziej, że zrobiło jej się słabo, Za każdym krokiem wysuwało się z odbytu coraz więcej pętli jelitowych. W pewnej chwili, kiedy pochyliła się nieco naprzód i zgięta ścisnęła obolały brzuch, odniosła wrażenie, jakby cała treść jamy brzusznej wydostała się na zewnątrz przez kiszkę stolcową. Odtąd nie mogła już swobodnie wyprostować się, wszelkie bowiem próby w tym względzie połączone były z dojmującym bólem. Wprawdzie wyłonione jelita zdawały się przy tym nieco chować do wnętrza kiszki stolcowej, niemniej wszakże w pozycji zgiętej dolegliwości nie były tak dokuczliwe, jak przy wyprostowanej. Wszelkie próby wepchnięcia jelit do wnętrza przy pomocy ugniatania rękoma, spełzły na niczym. Wobec tego zdecydowała się wynaleźć podwodę, by udać się do szpitala. Zanim to nastąpiło upłynęło sześć godzin.



Badanie przedmiotowe wykazało: Chora wzrostu średniego, prawidłowej budowy ciała, lichego odżywienia. Sinica warg, uszu i kończyn. Dolne granice płuc obniżone, serce poszerzone w wymiarze poprzecznym, tony jego głuche, tętno drobne, przyspieszone. Brzuch łódkowato wciągnięty, miękki, tkliwy. Ciepłota prawidłowa. Mocz bez zmian. W szparze sromowej wstawiona szyjka maciczna z rozległą nadżerką wokół ujścia zewnętrznego macicy, poniżej, w kroku pęk pętli jelita cienkiego, wiszących na sfałdowanej kresce, całość zaś wychodziła z szeroko ziejącego odbytu. Przyczepy kiszek w dwóch miejscach oddarte od kreski, surowicówka silnie zaczerwieniona, z odcieniem sinawym, pokryta źdźbłami słomy, nitkami odzieży i pyłem. Wyłoniony kłąb drgał w takt tętna. Wprowadzony palec do odbytnicy z łatwością natrafił na szczelinę w odbytnicy, znajdującą się na przedniej ścianie, dzięki temu, że ta, wraz z wyłonionymi pętlami jelit podeszła bliżej odbytu. Prześwietlenie chorej w pozycji siedzącej wykazało z każdej strony popod przeponą sierp powietrzny.

Zabieg: Po dokładnym opłukaniu wyłonionych części płynem fizjologicznym, odkażeniu skóry pośladków i pochwy, odprowadzeniu wypadniętej macicy, otulono jelita w wyjałowioną chustę, po czym w uśpieniu eterem otwarto jamę brzuszną z cięcia pośrodkowego, poniżej pępka. W ranę wstawiła się rozdęta esica, wyposażona w dość długą kreskę. Po odsunięciu jej w górną część jamy brzusznej wraz ze siecią i poprzecznicą, uwidoczniła się pętla jelita czczego, przebiegająca mniej więcej pośrodku jamy otrzewnowej w stronę zagłębienia odbytniczo macicznego. Przed więzadłem Treitza ,(tj. w dół odeń), wiły się trzy zwoje jelita cienkiego. W tym samym kierunku, od strony prawego dołu biodrowego, napinało się drugie ramię: końcowy odcinek jelita biodrowego, czyli krętnicy. Przebieg obu odcinków jelit, zdążających i gubiących się w dole Douglasa, tworzył piątkę rzymską. Po odciągnięciu macicy i przydatków w górę, ku spojeniu łonowemu, odsłonięto dno wspomnianej jamy z leżącą w nim odbytnicą. Na jej ścianie przedniej biegła w kierunku podłużnym na zewnątrz od taśmy wolnej (przedniej) szczelina, o brzegach drobnoząbkowanych, w kierunku podłużnym, z góry na dół, długa około 12 cm. W tą szczelinę wchodziły pętle jelita cienkiego wraz z dotyczącą kreską. W ułożeniu Trendelenburga odgraniczono chustami górną część jamy otrzewnowej, poczym dopiero powoli rozpoczęto wciągać pętlę za pętlą, które od strony krocza podpychał trzeci pomocnik. Kiedy w całości znalazły się na chuście, rozpostartej na powłokach brzusznych, wprowadzono do dołu Douglasa serwetę złożoną w kilkoro by prowizorycznie zatkać rozdartą odbytnicę, opłukano ponownie je ita ciepłym płynem fizjologicznym, wycięto blisko jeden metr jelita oddartego od kreski, zespolono koniec do końca. następnie wyciągnięto chustę z dołu Douglasa i zaszyto szczelinę odbytnicy szwem trzypiętrowym. Wkońcu wlano do jamy otrzewnowej 49 cm^3 peritosanu i około pół litra płynu fizjologicznego i brzuch zaszyto szczelnie. Całego zabiegu dokonano przy działających stale promieniach pozafiołkowych, wysyłanych z palnika kwarcowego, umieszczonego wewnątrz lampy bezcieniowej (którą posługujemy się od roku 1937-mego) i podczerwonych, wysyłanych przez dwa boczne palniki, umocowane u brzegu wymienionej lampy, w osi długiej stołu operacyjnego.

Chora zmarła po około 12-tu godzinach, wśród objawów postępującej niedomogi mięśnia sercowego, przeplatanej objawami wstrząsowo-zapaściowymi.

Zanim rozpatrzymy w jaki sposób doszło do pęknięcia ściany odbytnicy i następnie wyłonienia na zewnątrz niemal całego bukietu jelit wraz z rękojeścią *(radix mesenterii)*, zatrzymamy się krótko nad stosunkami anatomicznymi. W opisanym przypadku nastąpiło rozdarcie w dolnej części odbytnicy, gdzie już tylko jej przednia ściana jest powleczona surowicówką, w przeciwieństwie do części górnej, którą powleka otrzewna ponadto i od boków. Rozdarcie zatem nastąpiło w dolnej części odbytnicy, w tym miejscu, w którym kiszka jest nader słabo ruchoma i to jedynie w części przedniej, schodzącej w dół w postaci języka. U naszej chorej zagłębienie odbytniczomaciczne było i szersze i głębsze, niż to się zwykle widuje, a to z powodu rozejścia się włókien dźwigacza odbytnicy *(musc. levator ani)* — i tak zwanej przegrody miednicy *(diaphragma pelvis)*. Ściana przednia odcinka końcowego, wewnątrzotrzewnowego odbytnicy, jako też miejsce mijania przez nią przegrody miednicy, uległy z czasem rozciągnięciu. W lejkowatym zwieraczu odbytnicy poszerzyła

się znacznie szpara, przepuszczająca odbytnicę, którą ponadto zamyka trójkątny mięsień, rozpięty pomiędzy ramionami kości łonowej *(diaphragma urogenitale)*.

Otóż pęknięcie ściany odbytnicy odbyło się u omawianej chorej najprawdopodobniej w dwóch etapach: podczas oddawania stolca, pod wpływem tłoczni brzusznej wyparta została macica do pochwy, a w jamę Douglasa wcisnął się pęk jelit cienkich. Przyszło to tym łatwiej, że ich krezka z biegiem czasu nadmiernie się wydłużyła, a jedna czy więcej pętli, podczas parcia na stolec, wcisnęło się w jedno, czy więcej naraz wypukleń odbytnicy, od jej strony przednioprzyśrodkowej. Po naddarciu surowicówki pętla ta utkwiła w uchyłku utworzonym z otrzewny i mięśniówki. Że do naddarcia wzdłuż taśmy dochodzi łatwo, przekonaliśmy się niejednokrotnie podczas usiłowań wydobycia przez ranę operacyjną kiszki ślepej. Jeśli ta tylko była albo przyrośnięta do tylnej ściany jamy brzusznej, lub dość silnie unieruchomiona w zrostach, a palcami nie ujęło się jej ściany w sposób równomierny z obu stron taśmy wolnej, lecz np. podważyło przez wprowadzenie wskaziciela popod taśmę przez wgniecioną do wnętrza kiszki ślepej ścianę wypuklenia, wówczas często trzeba było zszywać i rozdartą surowicówkę i wyrostek robaczkowy odejmować *in situ*. U naszej chorej dziura w mięśniówce, jak przypuszczamy, powstała dopiero podczas oddawania wiatrów na ulicy. Wówczas to odczuła je boleśnie nie z powodu rozdarcia mięśniówki, gdyż nie jej uszkodzenie, lecz surowicówki bywa bolesne. Ból był wyrazem, albo rozszerzenia dziury w surowicówce, albo naciągnięcia krezki, gdy wsunęła się do odbytnicy i jej uciśnięcia w miejscu rozdarcia, czy też przez resztę kiszki stolcowej.

Nie przypuszczamy, by dziura w odbytnicy miała powstać dopiero pod wpływem nadmiernego rozciągnięcia gazami, w miejscu, w którym ściana odbytnicy była najbardziej osłabiona przez długotrwałe rozciąganie i by dopiero następowo wcisnęły się do jej światła pętle jelita cienkiego. Ten sposób powstania pęknięcia jelita grubego, dzięki czynnikowi działającemu od strony światła, mógłby tylko wyjątkowo wchodzić w rachubę u naszej chorej, gdyby np. ściana była nadżartą przez sprawę zapalną, czy nowotworową. Tymczasem skrupulatne jej obmacanie w górę i w dół nie wykazało nic podobnego. Opisywano takie zdarzenia, gdy kał nacisnął osłabioną ścianę sprawą nowotworową, czy zapalną, lub gdy zgłębnikiem usiłowano minąć przeszkodę, względnie gdy doszło do jej zranienia jakimś twardym przedmiotem, choć była prawidłowej budowy. (Wysokie wlewy). Znane są wreszcie pęknięcia kiszki grubej, gdy „dla żartu“ wpuszczono do odbytnicy sprężone powietrze, czy czysty tlen. W. Grünewald (Zbl. f. Chir. 1935. Nr. 10 str. 572—573). podał, że tego rodzaju pęknięć okrężnicy opisano od roku 1935-tego około 40 przypadków. Zdarzały się one głównie u robotników, gdy jeden drugiemu dla żartu skierował strumień zgęszczonego powietrza w stronę odbytu. Występowały wówczas mniej lub więcej rozległe rozdarcia w pobliżu taśm, ze śmiertelnością dochodzącą do 80%. (Zapaść, *pneumoperitoneum*, *peritonitis)*. W tym samym czasopiśmie znaleźliśmy dwa opisy przypadków pokrewnych sobie. W jednym, podanym przez Fr. Klagesa (Zbl. f. Chir. 1937. Nr. 26) chodziło o wypadnięcie jelita cienkiego u 62-letniej kobiety z blizny, powstałej po operacji dokonanej przed 22 laty z powodu kilakowatego zapalenia prostnicy *(proctitis gummosa)*, po wycięciu odbytnicy. W drugim, podanym przez Fr. Kerschnera (Zbl. f. Chir. 1938. Nr. 8) o wyłonieniu pętli jelita cienkiego z pękniętej, wynicowanej odbytnicy u 66 letniej chorej, u której przed 17-tu laty przeprowadzono wycięcia prostnicy z powodu raka. W obu przypadkach doszło do rozdarcia ściany odbytnicy przy upadku ze schodów. W obu poprzestano na odprowadzeniu wyłonionych pętli jelit przez wytworzoną szczelinę, bez otwierania jamy otrzewnowej. Mogło to dojść do skutku tym łatwiej, że chodziło o niezbyt długi odcinek wyłonionych pętli jelit. W naszym natomiast nie można się było tym sposobem posłużyć z tego względu, że wyłonieniu uległy większa część jelita cienkiego wraz z dotyczącą krezką, poza tym zachodziła konieczność przeprowadzenia wycięcia jelita znacznej długości, wynoszącej około jednego metra, gdyż oderwane było od własnej krezki. Podczas gdy w cytowanych, obcych przypadkach doszło do niespodziewanego dla obu wymienionych chirurgów wyzdrowienia chorych, w naszym sprawa od samego początku wydawała się przesądzona, aczkolwiek, podobnie, jak w innych, zastosowaliśmy dootrzewnowo i dożylnie wlewania płynu fizjologicznego, środki nasercowe i wieloważną surowicę. Opisane zresztą przypadki nie należą do analogicznych z naszą chorą. W tamtych chodziło o pęknięcie wynicowanych prostnic, ze szczeliną blisko odbytu, u samej chorej o pęknięcie ściany prawidłowej, nieco poniżej promontorium.

Jeszcze jeden analogiczny do dwóch obcych przypadków znaleźliśmy w czeskiej literaturze lekarskiej. (Przejrzeliśmy z kilkunastu lat Zentralblatt für Chirurgie i to, co w czasie wojny było dostępne. A. Fedinec (Bratislav. lek. Listy 1929. Nr. 6. Zbl. f. Chir. 1930. Streszczenie w nrze 29-tym. Str. 1840) podał, że u kobiety 77-letniej, cierpiącej na wypadnięcie z wynicowaniem odbytnicy, nastąpiło pęknięcie jej ściany po upadku ze schodów. Ze szczeliny wypadło około półtora metra jelita cienkiego i około 30 cm zstępnicy i esicy. Chorą operował, otwierając brzuch. Zgon po 5-ciu dniach z powodu zapalenia otrzewny.

W ogłoszonych przypadkach niemal we wszystkich chodziło o kobiety powyżej sześćdziesięciu lat. Według Hertle'a (cytowane za Kolaczekiem Zbl. f. Chir. 1939. Nr. 49. Str. 2607) pęknięcia kiszki grubej należą do rzadkości. Przypada ich tylko 8% na 92% pęknięć jelita cienkiego.

Załączone zdjęcie z powodu drgania wyłonionego kłębu i niemożności dokonania migawkowego wyszło „poruszone“.

Dr ANDRZEJ BIERNACKI Warszawa

Przypadek gruźlicy nerek, najądrzy i gruczołu krokowego, zakończony mocznicą, leczony jako zakażenie wiewiórowe

Z II Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniw. Warszawskiego
Dyrektor: Prof. dr med. Witold Orłowski

Jednym z najczęstszych błędów w rozpoznawaniu chorób układu moczopłciowego jest nierozpoznanie lub zbyt późne rozpoznanie zakażenia gruźliczego, przede wszystkim gruźlicy nerki.

Błędy rozpoznawcze polegają zwykle na mylnej ocenie istniejących objawów urologicznych i powstają najczęściej w następujący sposób:

1. Tłumaczy się przewlekły ropomocz zakażeniem nieswoistym miedniczek nerkowych lub pęcherza moczowego, zapominając, że $^1/_3$ przypadków ropomoczu przewlekłego jest spowodowana gruźlicą.

2. Tłumaczy się krwiomocz przyczynami nieswoistymi, zapominając, że tzw. „krwiomocz początkowy" stanowi często wczesny objaw gruźlicy nerek, tak samo cenny rozpoznawczo jak krwioplucie w gruźlicy płuc.

Zbyt rzadko przeprowadza się dokładne badanie bakteriologiczne moczu w kierunku gruźlicy (posiewy, próba biologiczna).

Zbyt rzadko poddaje się chorych dokładnemu badaniu urologicznemu.

Według Boshamera, każdy lekarz odnoszący się poważnie do swego zawodu jest obowiązany wykonać próbę biologiczną z osadu moczowego lub przekazać chorego doświadczonemu urologowi w następujących przypadkach:
1. krwiomoczu niejasnego pochodzenia;
2. mikrohematurii, połączonej z ropomoczem;
3. przewlekłego ropomoczu o niejasnej etiologii;
4. we wszystkich przypadkach przewlekłego zapalenia pęcherza moczowego, które nie poprawia się, mimo systematycznie przeprowadzonego leczenia;
5. przy rozbieżności między wynikiem badania moczu a zaburzeniami w oddawaniu moczu.

Opisany poniżej przypadek ilustruje, jak rażące błędy mogą się zdarzać w rozpoznawaniu gruźlicy nerek.

Chory, L. K., lat 54, urzędnik, żonaty, został przywieziony do II Kliniki Chor. Wewn. dn. 27. IV. 1942 r. w stanie zamroczonym. Z wywiadów, zebranych od rodziny chorego, wynikało, że przed 2 tygodniami zemdlał na ulicy i przywieziono go nieprzytomnego do domu. Od tego czasu stale leży w łóżku, trudno z nim się porozumieć, bywa czasami zupełnie nieprzytomny. Nie uskarżał się na bóle głowy, nudności, zaburzenia wzroku. Gorączkował czasami do 38°. W r. 1925 chorował na gruźlicę kręgosłupa, prawego stawu kolanowego i prawego stawu łokciowego. Leczył się w ciągu 3 lat, przebywając dwukrotnie w szpitalu, i wyleczył się jakoby całkowicie. Od sierpnia 1941 r. leczy się, w tajemnicy przed rodziną, u lekarza wenerologa z powodu krwiomoczu na tle wiewiórowym. Lekarz ten stosował bez przerwy aż do ostatnich czasów jakieś wstrzykiwania domięśniowe i płukania pęcherza. Otoczenie chorego zauważyło, że oddaje on coraz częściej mocz, a przed trzema miesiącami pojawiło się silne krwawienie z dróg moczowych, które chory ukrywał przed rodziną.

Przedtem jakoby nie chorował. Ma dwoje dzieci zdrowych. W rodzinie nikt na gruźlicę nie chorował. Warunki mieszkaniowe i pracy zupełnie dobre.

Przy badaniu przedmiotowym chorego uderzało zupełne zamroczenie. Skóra sucha, ogólna ciepłota ciała pod pachą 36,2°. Oddycha bardzo głośno i głęboko, jednak powietrze wydechane nie ma żadnej woni moczu ani acetonu. Napięcie gałek ocznych prawidłowe. W jamie brzusznej wyraźna bolesność w podbrzuszu, zwłaszcza w linii środkowej ciała, tuż nad spojeniem łonowym. Wątroba wystaje na 2 palce spod łuku żebrowego, miękka, niebolesna. Nerki niewyczuwalne. Odruch obronny przy wstrząsaniu okolicy lewej nerki dodatni. W zakresie klatki piersiowej stwiedziliśmy jedynie objawy nieżytu oskrzeli i niewielkie powiększenie lewej komory serca. Tętnice obwodowe nieco stwardniałe, ciśnienie tętnicze 130/80. Tętno 120 na minutę, słabo napięte i wypełnione. W okolicy krzyżowej i na goleniach niewielkie blade, ciastowate obrzęki. Kręgosłup prosty, z nieco ograniczoną ruchomością w części piersiowej. Zesztywnienie prawego stawu kolanowego i prawego stawu łokciowego.

Przy obmacywaniu prawego najądrza stwierdza się stwardnienie wielkości ziarna grochu, nieco ruchome, niebolesne.

Przy badaniu przez odbytnicę wyczuwa się wyraźnie powiększony gruczoł krokowy, zwłaszcza prawy płat, o powierzchni guzowatej, niebolesny.

Badanie neurologiczne — bez zmian.

Badanie moczu. Ilość dobowa — 200 ml. Mocz brudnożółty, zupełnie mętny, gęsty, odczyn kwaśny, c. wł. 1,012, zawiera jedynie ślad białka. Osad bardzo duży, żółty z czerwonymi żyłkami. Pod mikroskopem całe pole widzenia usiane krwinkami białymi obojętnochłonnymi; krwinki czerwone — 10—20 w polu widzenia; wałeczków nie ma. Badanie bakteriologiczne osadu nie wykryło żadnych bakterii. Barwienie sposobem Ziehl-Neelsena nie wykryło prątków kwasoodpornych.

Zgłębnikowanie pęcherza moczowego wykazało, że zgłębnik przechodzi do pęcherza bez trudności, żadnego zalegania moczu w pęcherzu nie ma, natomiast pojemność pęcherza była wybitnie zmniejszona (do 50 ml) i wypełnianie pęcherza 2% kwasem bornym było dla chorego bardzo bolesne, podobnie jak i zwykłe oddawanie moczu, który wydzielał się często w bardzo małych ilościach.

Badanie chemiczne krwi stwierdziło: mocznika — 2,8 pro mille, ksantoproteina — 110 jedn., indoksyl — 2 mg%.

Rozpoznanie mocznicy prawdziwej nie ulegało wątpliwości. Przemawialo za tym postępujące zamroczenie chorego, głęboki i głośny oddech, zaburzenia ze strony narządu moczowego i wynik badania chemicznego krwi. Należało z kolei rozważyć, jaka była przyczyna mocznicy.

Nie było to zapalenie kłębków nerkowych ani marskość nerek, gdyż nie stwierdziliśmy wybitniejszego powiększenia lewej komory serca ani nadciśnienia tętniczego, żadnych zaburzeń wzrokowych, w moczu wybitny ropomocz i krwiomocz, bez wałeczków. Brak wyczuwalnych guzów w okolicach nerek i obraz moczu oraz brak nadciśnienia tętniczego przemawiały przeciw przypuszczeniu torbielowatości nerek. Nie mieliśmy żadnych podstaw, aby przypuszczać ostre zatrucie sublimatem.

Ze względu na zmiany w moczu i zmiany w gruczole krokowym, można by myśleć o przeroście lub nowotworze gruczołu krokowego, jednak przeczył temu wynik zgłębnikowania pęcherza moczowego, brak przerzutów i większego wyniszczenia.

Prawdopodobniejsze było rozpoznanie gruźlicy nerek jako bezpośredniej przyczyny mocznicy. Za tym przemawiał następujący zespół: przebyta gruźlica kości, krwiomocz w wywiadach, stwardnienie prawego najądrza, odpowiadające najbardziej gruźlicy najądrza, ropomocz i krwiomocz bez widocznej bakterioskopowo flory bakteryjnej i z kwaśnym odczynem moczu, znacznie zmniejszona pojemność pęcherza moczowego i zaburzenia w oddawaniu moczu cechujące gruźlicze zapalenie pęcherza moczowego. Od chwili klinicznego rozpoznania gruźlicy nerek

rozpoczęliśmy dokładne badania bakterioskopowe osadu moczu i wreszcie po dokładnym przejrzeniu licznych preparatów znaleźliśmy wprawdzie nieliczne, lecz zupełnie typowe prątki Kocha. Zatem rozpoznanie zostało ostatecznie potwierdzone.

Chory zmarł po 4 dniach pobytu w klinice, przy czym stan jego był tak ciężki, że nie mogliśmy przeprowadzić żadnych badań uzupełniających, ani urologicznych, ani rentgenowskich.

Sekcja zwłok, wykonana w Zakładzie Anatomii Patologicznej U. J. P. (Dyrektor: Prof. Dr med. L. Paszkiewicz) potwierdziła całkowicie nasze rozpoznanie. W obu nerkach znaleziono liczne jamy gruźlicze ze zniszczeniem prawie zupełnym miąższu nerkowego i jednoczesnym zapaleniem gruźliczym wrzodziejącym miedniczek nerkowych i pęcherza moczowego. W obu najądrzach i w gruczole krokowym liczne ogniska gruźlicze serowate.

Nie rozpoznaliśmy za życia gruźlicy płuc, którą wykryło badanie sekcyjne: w szczycie prawego płuca stwierdzono starą jamę gruźliczą wielkości orzecha laskowego.

Całkowite rozpoznanie brzmiało: „*Infectio tuberculosa: tuberculosis renum, vesicae urinariae, prostatae ac epididymis cum uraemia consecutiva; tuberculosis cavernosa lobi superioris pulmonis sinistri; spondylitis ac arthritis tuberculosa genus dextri et cubiti dextri peracta cum ankylosi consecutiva. Myocarditis chronica. Arteriosclerosis peripherica. Caries dentium*".

Jaka była patogeneza zakażenia gruźliczego w naszym przypadku?

W większości przypadków gruźlica nerek powstaje drogą krwiopochodną z istniejącego już ogniska gruźliczego w innych narządach, najczęściej płucach, i szerzy się zstępująco przez moczowody lub drogi chłonne. Zakażenie narządów płciowych powstaje również najczęściej drogą krwionośną, przy czym gruźlica może się jednocześnie rozpoczynać w kilku narządach układu moczo-płciowego, bądź też szerzy się z jednego, „pierwotnego" ogniska, które, według najnowszych badań (Schleusing), znajduje się prawdopodobnie najczęściej w gruczole krokowym, nie zaś, jak dawniej przyjmowano, w najądrzu.

Jednocześnie gruźlica układu moczowego i narządów płciowych może powstać w trojaki sposób: 1. może być wywołana przez niezależne od siebie zakażenie krwiopochodne nerek i narządów płciowych; 2. gruźlica nerek może wywołać wtórnie powstanie gruźlicy narządów płciowych; 3. gruźlica narządów płciowych może wtórnie wywołać powstanie gruźlicy nerek.

Niezależne od siebie zakażenie krwiopochodne nerek i narządów płciowych zdarza się niewątpliwie rzadko. Gdyby było ono częste, to gruźlica narządów płciowych kobiecych powinna występować w gruźlicy nerek tak samo często, jak gruźlica narządów płciowych u mężczyzn, tymczasem, według Wildbolza, powikłanie to zdarza się u mężczyzn 14 razy częściej, a według Simmondsa 6 razy częściej niż u kobiet. zatem bezpośrednia łączność narządów moczowego i płciowego u mężczyzn stanowi ważny czynnik patogenetyczny i przemawia za kanalikowym szerzeniem się zakażenia między tymi narządami.

Ponieważ obecnie przyjmuje się powszechnie zstępującą drogę zakażenia dróg moczowych, należy przypuszczać, że zakażenie narządów płciowych jest zwykle sprawą wtórną, wikłającą gruźlicę nerek i pęcherza moczowego. Nie można jednak wyłączyć w niektórych przypadkach odwrotnego kierunku zakażenia: pierwotnej gruźlicy narządów płciowych i wtórnego powstania gruźlicy narządu moczowego. Rovsing opisał przypadek przebicia się pęcherzyka nasiennego, gruźliczo zmienionego, do moczowodu z następowym zakażeniem wstępującym miedniczek nerkowych. W przypadku Bartha zakażenia wstępujące nastąpiło po przebiciu się przewodu doprowadzającego do moczowodu. Wildbolz, Sugimara, Tosati wywoływali doświadczalną gruźlicę nerek u zwierząt, wprowadzając prątki gruźlicy do moczowodu, nawet bez wywoływania sztucznego zastoju moczu. A. Gluziński, w swej obszernej pracy o gruźlicy nerek z r. 1908, opisuje przypadki gruźlicy narządu płciowego z jednoczesną gruźlicą pęcherza moczowego, lecz bez zajęcia nerek. W przypadkach tych mogło by dojść w przyszłości do gruźlicy nerek o obrazie zakażenia nerek wstępującego. Według Gluzińskiego narząd płciowy u mężczyzn jest w 3% wszystkich przypadków gruźlicy nerek punktem wyjścia zakażenia wstępującego nerek.

Nawet zwolennicy teorii wyłącznie zstępującego szerzenia się gruźlicy przyjmują drogę wstępującą dla wyjaśnienia poszczególnych etapów rozwoju gruźlicy narządu moczowego. Przewlekła gruźlica nerki jest początkowo prawie zawsze jednostronna i powstaje drogą krwiopochodną. Z nerki zakażenie szerzy się drogą zstępującą na pęcherz moczowy, natomiast zakażenie drugiej nerki następuje w kierunku przeciwnym. Większość autorów twierdzi, że gruźlica drugiej nerki nie powstaje drogą krwiopochodną, lecz przez zakażenie wstępujące z pęcherza moczowego, do którego spływa mocz z chorej nerki. Dlaczego ten sposób zakażenia nie mógłby się czasami zdarzyć w odniesieniu do pierwszej nerki, jeśli ma być stałym prawidłem w odniesieniu do drugiej nerki, a w odniesieniu do naszego przypadku, czy gruźlica nerek nie może być w niektórych przypadkach wywołana zakażeniem wstępującym z istniejącej już gruźlicy narządu płciowego?

Poważnym dowodem, przemawiającym za tą możliwością byłyby statystyki częstości gruźlicy nerek u mężczyzn i kobiet. Wszystkie nowsze prace podkreślają większą częstość gruźlicy nerek u mężczyzn niż u kobiet. Stosunek zachorowań wynosi według Wessela 60 : 40; Tomikawa podaje liczby 70,2:29,8; Wade 65:35; Ekehorn 57:43; Akutsu i Kogama 62,4:37,6. Różnice te można by tłumaczyć właśnie przejściem zakażenia z narządu płciowego na drogi moczowe, co u mężczyzn, ze względu na stosunki anatomicne może się zdarzyć o wiele łatwiej niż u kobiet.

W naszym przypadku ogniskiem, z którego wyszło zakażenie narządu moczopłciowego, była niewątpliwie stara jama gruźlieza w prawym płucu. Nie mamy żadnych danych, aby ustalić z pewnością, czy początkowo nastąpiło zakażenie nerek czy narządu płciowego i jaką drogą szerzyło się zakażenie w narządzie moczopłciowym. Być może, że nastąpiło to według najczęstszego schematu: krwiopochodna gruźlica nerki i zakażenie zstępujące; być może jednak, że nasz przypadek należy do rzadkich wyjątków

wstępującego zakażenia nerek z istniejącej poprzednio gruźlicy narządu płciowego.

Na podkreślenie zasługuje w naszym przypadku krwiomocz jako objaw początkowy w gruźlicy nerek. Jest rzeczą znaną, że krwiomocz może być bardzo wczesnym objawem w gruźlicy nerek; później krwiomocz makroskopowy jest coraz rzadszy, zamienia się w mikrohematurię, a nawet całkowicie znika; pojawia się znowu w dalszym rozwoju choroby z owrzodzeń pęcherzowych. Według niektórych autorów, krwiomocz „początkowy" jest tak częsty, że Teposu i Danicico wyodrębniają specjalną postać gruźlicy nerek z krwiomoczem. Autorowie japońscy twierdzą, że krwiomocz początkowy zjawia się w 30% gruźlicy nerek, inni autorowie, jak Wildbolz, Persson podają liczby znacznie mniejsze: około 5%. Krwiomocz początkowy pojawia się bez żadnej uchwytnej przyczyny, niezależnie od wysiłków i leżenia w łóżku, co odróżnia go od krwiomoczu w kamicy. Domieszka krwi może być bardzo różna: od mikrohematurii do wyraźnych krwotoków. Zwykle nie jest to ciężkie krwawienie, opisane są jednak w piśmiennictwie przypadki dużych krwotoków, często mylnie rozpoznawanych, które doprowadzały do operacji. Beatty podaje przypadek chorego, który miał w odstępie krótkiego czasu 3 duże krwotoki, nie zmniejszające się mimo przetaczania krwi. Po wycięciu nerki znaleziono w niej bardzo małe ognisko gruźlicze o wymiarach 2 mm×10 mm, usadowione w korze nerki.

Mimo że nasz chory miał właśnie objaw krwiomoczu początkowego i mimo że mieszkał stale w Warszawie, a więc miał możliwości przeprowadzenia badań urologicznych i bakteriologicznych, właściwe rozpoznanie określono dopiero na kilka dni przed śmiercią. Ilustruje to najlepiej, jak ciężkie błędy rozpoznawcze mogą się zdarzyć przy zaniechaniu lub zlekceważeniu niezbędnych badań pomocniczych w gruźlicy układu moczopłciowego.

MEDYCYNA SPOŁECZNA

Dr MARIAN CIEĆKIEWICZ Kraków

Plan Beveridge'a a ubezpieczenia społeczne w Polsce

(Wykład w Seminarium Medycyny Społecznej Związku Zawodowego Lekarzy R. P. obwód Kraków w dniu 4 września 1945)

Istniejące w Anglii ubezpieczenia społeczne mają bardzo starą tradycję. Niezależnie od tzw. „*Poor Law*", które datuje się od czasów elżbietańskich, obecne ubezpieczenia społeczne są wynikiem ostatnich 50 lat, a rozpoczyna je właściwie „*Workmen's Compensation Act*" z 1897 r. Ustawa ta, ograniczona początkowo tylko do pewnych zawodów stała się w r. 1906 ustawą powszechną. Obowiązkowe ubezpieczenie na wypadek choroby weszło w życie w 1912 r., zaś ubezpieczenie na wypadek braku pracy zapoczątkowane w r. 1912 w odniesieniu do nielicznych gałęzi przemysłu stało się dopiero w 1920 r. ubezpieczeniem powszechnym. Pierwsze ubezpieczenie emerytalne, które przyznawało renty starcze osobom, które nie opłacały żadnych składek emerytalnych, mają jednak 70 lat i nie posiadają środków do życia przeszło w 1908 r. Dopiero jednak w 1925 r. weszła w życie ustawa, która wprowadziła dla osób opłacających składki emerytalne renty starcze, wdowie i sieroce.

W 1934 r. zostało też po smutnym doświadczeniu zreformowane na nowych podstawach ubezpieczenie na wypdek braku pracy ustawą „*Unemployment Act*", dzięki czemu lokalne instytucje społeczne, które przyznawały zasiłki osobom potrzebującym pomocy ustąpiły miejsca Centralnemu Urzędowi Opieki i odtąd wykonują tylko czynności zlecone im przez ten urząd w jego imieniu.

Równolegle do rozwoju ubezpieczeń społecznych rozwijało się ubezpieczenie chorobowe, szczególnie zabezpieczenie leczenia zakładowego, oraz rozwijały się organizacje poświęcone opiece nad dzieckiem i dobrowolne ubezpieczenia na wypadek śmierci i innych zdarzeń losowych, głównie w Urzędzie ubezpieczenia wypadkowego „*Industrial Life Office*", ponadto we „*Friendly Societes*" *) i „*Trade Unions*".

Dwutorowość ubezpieczeń społecznych, które opierały się w Anglii na ubezpieczeniach dobrowolnych i przymusowych, różnorodność systemów składek a przede wszystkim niedostateczność świadczeń sprawiły, że coraz głośniej odzywały się głosy za reformą istniejących ubezpieczeń społecznych i za ich scaleniem. W związku z tymi głosami świata pracy minister bez teki Arthur Greenwood zapowiedział 10 czerwca 1941 r. w Izbie Gmin, że powołał do życia Komisję dla zbadania całokształtu spraw związanych z ubezpieczeniami społecznymi w Anglii i że na czele tej Komisji stanął William Beveridge. Do tej międzyministerialnej Komisji weszli: delegat Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Pracy, Ministerstwa Emerytur, Głównego Urzędu Statystycznego, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Skarbu, Podsekretariatu Odbudowy, Ministerstwa Ceł i Akcyz Podatkowych, Urzędu Opieki Społecznej, Departamentu Zdrowia dla Szkocji, pełnomocnik dla Ubezpieczeń Dobrowolnych we „*Friendly Societes*" i delegat Ubezpieczeń Wypadkowych.

Celem Komisji było „dokonanie przeglądu istniejących ubezpieczeń społecznych i służb pokrewnych, uwzględnienie związku zachodzącego między nimi oraz podanie zaleceń".

---

*) *Friendly Societes* są to kasy, oparte o wzajemność, zakładane z celem pomocy na wypadek niezdolności do pracy, przede wszystkim choroby, ale również na wypadek inwalidztwa i starości. Kasy wypłacały również zasiłki pogrzebowe. Wszystkie te świadczenia powstały na gruncie systemu składek zwyczajnych i nadzwyczajnych w wypadkach wyjątkowej potrzeby.

Dnia 27 stycznia 1942 oświadczył minister Greenwood w Izbie Gmin, że do zakresu Komisji należy również rozważenie dalszej rozbudowy ubezpieczeń społecznych a mianowicie wprowadzenie zasiłków pogrzebowych i objęcie ubezpieczeniem tych ryzyk, których obecne ubezpieczenia społeczne nie obejmują.

W dniu 20 listopada 1942 r. przedłożył Beveridge zgodnie z życzeniem ministra swój plan reformy ubezpieczeń społecznych w Anglii. Plan ten składa się z 461 paragrafów i sześciu memoriałów dodatkowych, omawiających całokształt zagadnienia z punktu widzenia właściwych urzędów i porównanie tego planu z ubezpieczeniami istniejącymi w innych krajach.

Warto zapoznać Kolegów z zasadami tego imponującego planu reformy ubezpieczeń społecznych w dobie, w której i u nas tendencje uspołecznienia naszego życia biorą właściwy dla młodej demokracji rozmach.

Komisja doszła do przekonania, że obecnie istniejące w Anglii ubezpieczenia społeczne nie przewyższają i z trudem mogą rywalizować z ubezpieczeniami innych państw. Tylko opieka lekarska zarówno co do zakresu świadczeń jak i co do osób objętych ubezpieczeniem chorobowym stoi w Anglii tuż poza tym, co istnieje w innych państwach. Natomiast kwoty wypłacane z ubezpieczenia w Anglii, tj. zasiłki, renty i premie mogą śmiało wytrzymać porównanie z innymi krajami.

Reforma ubezpieczeń angielskich była konieczną także dlatego, że administracja ubezpieczeń była zbyt rozdrobnioną między poszczególnymi instytucjami, ponadto okazało się, że ograniczenie ubezpieczenia tylko do osób pozostających w stosunku pracy najemnej i poniżej pewnej górnej granicy zarobku — jeżeli chodzi o pracowników nie żyjących z pracy rąk — stanowi poważną lukę w dotychczasowym systemie ubezpieczeń. Ludzie samodzielnie zarobkujący są czasem biedniejszymi i bardziej potrzebującymi pomocy, aniżeli pracownicy najemni. Komisja doszła również do przekonania, że — jeżeli chodzi o potrzeby życiowe — to nie ma żadnej istotnej różnicy między osobą bezrobotną a osobą chorą. Nie mogła też zgodzić się z tym, że w myśl obecnie obowiązujących ustaw i przepisów bezrobotny obarczony żoną i dwojgiem dzieci otrzymuje tytułem zasiłku z bezrobocia 38 szylingów tygodniowo, jeżeli jednak po pewnym czasie zachoruje i stanie się niezdolnym do pracy otrzyma tylko 18 szyl. tygodniowo. Z drugiej strony chłopak 17letni otrzymuje 9 szyl. tyg. zasiłku z bezrobocia, gdy jednak zachoruje zasiłek ten wzrasta do 12 szyl. tygodniowo.

Komisja doszła także do przekonania, że w dobie wielkich przemian politycznych, gdy zmieniają się granice państw, rozważania jej nie mogą się ograniczać tylko do poszczególnych odcinków życia społecznego i nie mogą zalecać ich łataniny, lecz muszą się zdobyć na rewolucyjne pociągnięcie. Ubezpieczenia społeczne muszą się stać częścią postępu społecznego i atakiem na nędzę, jedną z pięciu elementarnych klęsk społecznych (nędza, choroba, głupota, brud i lenistwo).

Wnioski Komisji zostały poprzedzone gruntownymi badaniami naukowymi zagadnień społecznych w Anglii, które jako przyczynę niedostatku ludności w ośrodkach przemysłowych podały, że 3/4 do 5/6 osób cierpiących niedostatek znajdowało się w nędzy z powodu przerwy lub utraty zdolności zarobkowej, a pozostałych 1/4 do 1/6 pozostawało w nędzy z powodu niestosunku ich dochodów do liczby członków ich rodzin. Komisja doszła zatem do przekonania, że zniesienie nędzy wymaga rozdziału dochodu społecznego z uwzględnieniem nie tylko zarabiającego, lecz jego rodziny, oraz wprowadzenia ubezpieczeń społecznych w skali obejmującej wszystkie ryzyka zdarzeń losowych a więc pojętych w stosunku do obecnych rewolucyjnie. Aby zapobiec na przyszłość nędzy wśród obywateli, Komisja postanowiła rozwinąć obecne ubezpieczenia społeczne w Anglii w trzech kierunkach tj. rozszerzyć zakres osób nie objętych dotąd ubezpieczeniem społecznym, zabezpieczyć ludność przed nowymi ryzykami i podwyższyć kwoty zasiłkowe tak, aby zabezpieczyła każdemu obywatelowi korzystającemu z zasiłku minimum egzystencji.

Ponieważ zniesienie nędzy wymaga także dostosowania dochodów pracownika do liczby członków jego rodziny, należy — zdaniem Komisji — wprowadzić w nowym przymusowym ubezpieczeniu społecznym dodatki na dzieci nie tylko do zarobków, lecz i do rent i do zasiłków. Wówczas dopiero dochody pracującego obywatela będą dostosowane zarówno w czasie pracy, jak i podczas bezrobocia do jego potrzeb i koniecznych wydatków. Co więcej, Komisja doszła też do przekonania, że gdyby dodatki na dzieci zostały były wprowadzone w Anglii już przed wojną i to tak do zarobków, jak i do zasiłków, nędza w Anglii wygasłaby już wówczas. Dochód społeczny państwa wystarczał bowiem na to, aby każdemu obywatelowi zabezpieczyć egzastencję. Biorąc pod uwagę stały wzrost liczby ludzi w wieku ponad 65 lat tj. powyżej granicy wieku pracy oraz niską rozrodczość narodu, Komisja przewiduje, że po kilkudziesięciu latach liczba ludzi starszych będzie niepokojąco duża i że nie da się uniknąć gwałtownego i stałego spadku liczby ludności. Aby temu zapobiec należy na pierwszym miejscu wydatków społecznych postawić troskę o dzieci i ochronę macierzyństwa.

Proponowany plan ubezpieczeń społecznych przewiduje przede wszystkim 20-letni okres wyczekiwania jako tzw. okres przejściowy, w którym ludzie starsi otrzymają renty albo w dotychczasowym wymiarze, albo jako renty przyszłe, jednak mniejsze, gdyż w pełnym wymiarze będą mogli je otrzymać dopiero po upływie okresu wyczekiwania. Plan ten ma swój wzór w ubezpieczeniu społecznym wprowadzonym w Nowej Zelandii, różni się jednak od niego tym, że nowozelandzkie ubezpieczenie przewiduje 28-letni okres wyczekiwania i znacznie wyższe renty po tym okresie. Ponadto renty starcze w Nowej Zelandii nie są uzależnione, jak w Anglii od zaprzestania pracy po osiągnięciu granicy wieku i są wypłacane bez względu na to, czy emeryt zaprzestał pracy, czy nadal pracuje.

Komisja zaproponowała wejście w życie planu Beveridge'a z dniem 1 lipca 1944. Nic więc dziwnego, że plan przewiduje prawie wszystkie szczegóły konstrukcji ubezpieczeń społecznych, sposób ich

pokrycia a nawet rozbicie tych kosztów na ubezpieczonego, pracodawcę, o ile istnieje i na skarb państwa, wreszcie sposób pokrycia poszczególnych rodzajów ubezpieczenia z całości funduszu ubezpieczeniowego.

Zasady na których opiera się plan, to równa składka dla wszystkich obywateli, zaliczonych do tej samej klasy ubezpieczeniowej, równa wysokość dla wszystkich emerytury, zasiłku z bezrobocia i zasiłku chorobowego, scalenie administracji ubezpieczeń, dostateczna wysokość rent i zasiłków dla zabezpieczenia egzystencji i zapewnienie wszystkim obywatelom pomocy lekarskiej w takim zakresie w jakim ich stan zdrowia tego wymaga. Ubezpieczenie dobrowolne jako ubezpieczenie pomocnicze nie zostanie zniesione i powinno pozostać nadal, aby każdemu, który się chce dodatkowo ubezpieczyć, umożliwić zapewnienie sobie wyższych od przeciętnych świadczeń.

Plan ten znosi górną granicę zarobku, jest więc ubezpieczeniem powszechnym i obejmuje wszystkich obywateli dzieląc ich na klasy niezależnie od ich zarobku, lecz w zależności od ich potrzeb i sposobu życia.

Cala ludność Anglii została podzieloną na cztery grupy ludzi w wieku pracy oraz na dwie dalsze grupy: ludzi poniżej wieku pracy tj. V-tą klasę, którą tworzą dzieci do lat 16 i VI-tą klasę którą tworzą ludzie powyżej granicy wieku pracy a więc emeryci:

Cztery pierwsze grupy ludności to:

I-sza klasa złożona z pracowników najemnych, a więc osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę:

II-ga klasa obejmująca inne osoby pracujące zarobkowo, łącznie z pracodawcami, kupcami i innymi samodzielnymi pracownikami we wszystkich gałęziach życia;

III-cia klasa obejmuje kobiety zamężne w wieku pracy;

IV-ta klasa zawiera wszystkich innych ludzi w wieku pracy nie pracujących zarobkowo.

Składki ubezpieczeniowe płacą tylko osoby zaliczone do I, II i IV-tej klasy. Składki jednolite dla danej klasy opłaca się przez naklejenie na legitymacji ubezpieczeniowej znaczka ubezpieczeniowego. Ponieważ w klasie I-szej płacą składki ubezpieczeniowe również pracodawcy, wpłacają je oni także w formie znaczków ubezpieczeniowych. Płacąc równocześnie za pracownika potrącają mu przypadającą na niego część z jego tygodniowego lub miesięcznego zarobku. Składki różnią się w poszczególnych klasach zależnie od przewidzianych świadczeń i są wyższe dla mężczyzn, aniżeli dla kobiet, ponieważ składka mężczyzny jest tak obliczoną, aby pokrywała już świadczenia przyznane kobietom zamężnym, które nie opłacają żadnych składek. (zob. tab. na szp. nast.)

Każda osoba klasy I-szej a więc każdy pracownik pozostający w stosunku pracy ma prawo do zasiłku na wypadek braku pracy i niezdolności do pracy, do renty starczej, do opieki lekarskiej i do zasiłku pogrzebowego. Osoby II-giej klasy tj. samodzielnie zarobkujący, kupcy, pracodawcy itp. otrzymują to samo z wyjątkiem zasiłku na wypadek braku pracy, oraz z wyjątkiem zasiłku z powodu niezdolności za pierwszych 13 tygodni choroby. Osoby IV-tej klasy

Przewidziane stawki ubezpieczeniowe wynoszą:

	Mężczyzna						Kobieta					
	Ubezpiecz.		Pracodawca		Razem		Ubezpiecz-		Pracodawca		Razem	
	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.	Szyl.	Pens.
Kl. I dorośli .	4	3	3	3	7	6	3	6	2	6	6	0
„ „ od 18—20 lat	3	6	2	9	6	3	3	0	2	0	5	0
„ „ od 16—17 „	2	6	2	6	5	0	2	0	2	0	4	0
Kl. II dorośli .	4	3					3	9				
„ „ od 18—20 lat	3	6					3	0				
„ „ od 16—17 „	2	0					2	0				
Kl. IV dorośli .	3	9					3	0				
„ „ od 18—20 lat	3	0					2	6				
„ „ od 16—17 „	1	6					1	6				

tj. nie pracujący zarobkowo otrzymają to samo z wyjątkiem zasiłku na wypadek braku pracy i zasiłku z powodu niezdolności do pracy. Ekwiwalentem zasiłku z powodu braku pracy jest dla tych osób zasiłek na przeszkolenie dla zdobycia nowych źródeł egzystencji, jeżeli utracą swe dotychczasowe dochody. Wszystkie osoby III-ciej klasy a więc zamężne osoby w wieku pracy otrzymają nie opłacając żadnych składek a tylko z tytułu ubezpieczenia ich mężów premię za macierzyństwo, rentę wdowią lub rentę na wypadek separacji. Kobiety zamężne, pracujące zarobkowo otrzymają oprócz tej samej premii za macierzyństwo przez 13 tygodni zasiłek połogowy, który im umożliwi zaprzestanie pracy przed i po rozwiązaniu.

Rewolucyjnym krokiem jest wprowadzenie zasady, że zasiłek z powodu bezrobocia będzie wypłacany z mocy prawa i płaconych składek a nie jako dobroczynność ze strony państwa dopiero po zbadaniu środków egzystencji pracownika, co w przeważnej części miało dotąd miejsce. Będzie on wypłacany w tej samej wysokości i tak długo, jak długo trwa potrzeba pobierania zasiłku z tym, że po pewnym czasie np. po roku dalsza wypłata zasiłku może być uzależnioną od chęci przystąpienia do pracy względnie od poddania się przeszkoleniu, aby ubezpieczony mógł znaleźć inne możliwości zarobkowania. Również zasiłek chorobowy bez badania środków egzystencji chorego wypłaca się tak długo, jak długo trwa niezdolność do pracy.

Wiekiem uprawniającym do zgłoszenia roszczenia o emeryturę czyli rentę starczą jest dla mężczyzny 65 lat, dla kobiety 60 lat. Nie wynika z tego, by każdy kto ukończył 65 wzgl. 60 lat miał zaraz pobierać emeryturę, szczególnie w okresie przejściowym tj. w okresie wyczekiwania. Kto nie zgłosi roszczenia o emeryturę po ukończeniu 65 lub 60 roku życia i dalej pracuje, jego renta podstawowa, do której miałby prawo już w okresie wyczekiwania będzie wzrastać za każdy rok o 2 wzgl. dla samotnego o 1 szyling tygodniowo aż do ewentualnej wysokości pełnej renty w kwocie 40 szyl. tygodniowo dla żonatego i 24 szyl. dla osoby samotnej.

Zasiłek dla wdów jest zasiłkiem tylko czasowym i z tego powodu wyższym od zasiłku z powodu bezrobocia. Wdowy, które posiadają dzieci, otrzymują dodatki na dzieci i dodatki opiekuńcze, które wy-

starczą dla zabezpieczenia im i dzieciom egzystencji nawet gdyby nie posiadały żadnych innych środków do życia.

Osobom, które mimo tego planu znajdą się w potrzebie, może państwo ze swych środków finansowych świadczyć dodatkową pomoc finansową po zbadaniu ich środków do życia z tytułu opieki społecznej i na podstawie jednolitego sposobu stwierdzenia tej potrzeby.

Komisja doszła do przekonania, że naród angielski nie pragnie zapomóg świadczonych mu przez państwo dobrowolnie, lecz rent należnych mu z prawa i z tytułu płaconych składek. Dowodem tego jest nie tylko ustalająca się popularność ubezpieczeń przymusowych, lecz nadto fenomenalny wzrost dobrowolnych ubezpieczeń na wypadek choroby, śmierci, wyprawy ślubnej a ostatnio na wypadek konieczności leczenia szpitalnego, którego dotychczasowe ubezpieczenie nie zapewniało. Plan z 1930 r. który przewidywał przerzucenie na skarb państwa ciężarów wynikających z przedłużającego się bezrobocia był w samej zasadzie błędny, gdyż ani ubezpieczony w okresie bezrobocia nie powinien mieć świadomości, że zasiłek jego pochodzi z sakiewki bez dna, ani też państwo płacąc swym obywatelom zasiłku z powodu bezrobocia nie powinno czuć się z tego powodu zwolnione od odpowiedzialności za ten stan. Wydatki państwa powinny być skierowane przed wszystkim w kierunku zredukowania bezrobocia i zachorowalności do minimum, oraz w kierunku utrzymania źródeł produkcji i zachowania pracy dla wszystkich obywateli.

Biorąc pod uwagę to, że koszta utrzymania w r. 1942 wzrosły w porównaniu do roku 1938 o 25%, oraz okoliczność, że dla zapewnienia utrzymania potrzeba samotnemu mężczyźnie 19 a samotnej kobiecie 18 szyl., rodzinie zaś 32 szyl. tygodniowo, wreszcie, że koszta utrzymania dziecka dochodzą do 7 szyl., ustalono wysokość zasiłku z bezrobocia, zasiłku chorobowego i podstawowej renty starczej tj. emerytury na 24 szyl. dla osoby samotnej i na 40 szyl. dla osoby mającej na utrzymaniu rodzinę niezależnie od dodatków na dzieci w kwocie 8 szyl. na głowę na tydzień.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że problem emerytur dla ludzi którzy przekroczyli wiek pracy jest najtrudniejszym zagadnieniem, gdyż koszta tych emerytur będą stale wzrastać, skoro na początku tego stulecia było w Anglii około $2^1/_4$ miliona osób w wieku ponad 65 i 60 lat tj. jedna osoba ponad wiek pracy przypadała na 17 w stosunku do całej ludności, w r. 1931 było ich już $4^1/_4$ miliona czyli 1:10, a w roku 1965 czyli w 20 lat później będzie ich więcej niż 8 milionów, czyli będzie przypadać 1:6 w stosunku do całej ludności. Wynika z tego, że wiek jako przyczyna niezdolności przewyższa wszystkie inne przyczyny niezdolności razem wzięte. Każdy szyling dodany do renty starczej po 1965 r. tj. wówczas, gdy będzie 8 milionów osób starszych, powiększyłby wydatki roczne na renty starcze o 20,000.000 funtów, a 5 szylingów powiększyłoby roczne wydatki na emerytury o 100,000.000 funtów. Obecnie otrzymują renty starcze w wysokości 10 szyl. tygodniowo bez badania ich środków egzystencji tylko te osoby w wieku ponad 65 wzgl. 60 lat, które opłacały składki emerytalne i to bez względu na to, czy pracują czy też zaprzestały pracy, oraz osoby liczące ponad 70 lat, jednak jako renty nieobowiązkowe zależne od stwierdzenia, że są bez środków do życia.

Przewidywane wydatki na świadczenia w r. 1945 i 1965 przedstawiają się następująco:

	w milionach funtów w 1945 r.	w 1965 r.
Ubezpieczenia społeczne:		
Zasiłki z bezrobocia	110	107
Zasiłki chorobowe	57	71
Renty wypadkowe	15	15
Emerytury (renty starcze).	126	300
Zasiłki wdowie i dod. opiekuńcze . . .	29	21
Premie za macierzyństwo i zas. połog. .	7	6
Przemie z powodu zaślubin	1	3
Zasiłki pogrzebowe	4	12
Koszta administracji	18	18
Razem . . .	367	553
Pomoc państwowa:		
Emerytury dodatkowe	39	25
Zasiłki z opieki społecznej.	5	5
Koszta administracji	3	2
Dodatki na dzieci	110	100
Koszta administracyjne	3	3
Koszta służby zdrowia i lecz. restyt. . .	170	170
Całość . . .	697	858

Z jakich źródeł będą pochodzić te kwoty? — Ze skarbu państwa, od ubezpieczonych i od pracodawców. Mniejszym strumieniem będą ponadto płynąć kwoty z tytułu ubezpieczenia wypadkowego od zakładów przemysłowych. Każdy obywatel będzie płacił podwójnie, raz jako równą dla wszystkich składkę ubezpieczeniową, drugi raz jako płatnik podatkowy, tym razem w zależności od swych dochodów.

Nie wchodząc w szczegóły jakie źródła są przeznaczone na pokrycie różnych świadczeń oraz w jakim stosunku, pragnę tu podnieść jak zostaną zużyte fundusze uzyskane ze skarbu państwa. Otóż z tych funduszów przewiduje plan pokrycie 1/3 wszystkich zasiłków z powodu bezrobocia, 1/6 kosztów rent starczych, zasiłków z powodu choroby i połogu dla tych, którzy wstąpili do ubezpieczenia w 16 roku życia, 1/6 rent wypadkowych nie pokrytych przez składkę przemysłową i wszystkie dodatki na dzieci oraz ewentualne zasiłki z tytułu opieki społecznej jako dary nadzwyczajne. Koszta opieki lekarskiej ponosi skarb państwa wspólnie z samorządami. Z tablicy XIII zawartej w planie wynika, jak się rozkłada obciążenie całości funduszu ubezpieczeń społecznych na skarb państwa, ubezpieczonych i pracodawców:

	W latach 1938—39	w milionach funtów: w r. 1945, obecne koszty	w r. 1945, przewidywane koszty	w 1965 r. przewid.
Skarb państwa i samorządy (głównie utrzymanie szpitali i opieka społeczna)	212	265	351	519
Ubezpieczeni . . .	55	69	194	192
Pracodawcy . . .	66	83	137	132
Inni (głównie zainteresowani) . . .	9	15	15	15
Razem . .	342	432	697	858

Zastanawiając się nad pytaniem, czy składka 4 szyl. i 3 pensy tygodniowo nie przekracza zdolności płatniczej przeciętnego obywatela, Komisja doszła do przekonania, że kwota ta zmieści się bez przeszkody w budżecie przeciętnego pracownika. Do tej pory przeciętny pracownik opłacał składkę tygodniową w kwocie 1 szyling i 7 pensów, za co otrzymawał: podczas bezrobocia zasiłek w kwocie 33 szyl. przez 26 tygodni, potem ewentualną dalszą pomoc państwową zależną od stwierdzenia, że był bez środków do życia. W czasie niezdolności do pracy z powodu choroby otrzymywał 15 szyl. tyg. przez 26 tygodni a później 7 szyl. i 6 pens. w razie dalszej niezdolności, w pewnych zaś przypadkach jeszcze dodatkową pomoc finansową. Renta starcza wynosiła 20 szyl. tyg. zasiłek wdowi 18 szyl. premia za macierzyństwo wynosiła 2 funty a jeżeli chodziło o kobietę zarobkującą dodatkowe 2 funty. Zasiłek pogrzebowy nie był przewidziany. Renta wypadkowa wynosiła 50% zarobku, najwyżej jednak 30 szyl. tyg. z tym, że mogła być ewentualnie skapitalizowaną. Opieka lekarska była przewidzianą tylko w ramach porad udzielanych chorym przez lekarzy ogólnie praktykujących.

Cóż daje ubezpieczonemu nowy plan?

Według nowego planu świadczenia te przedstawiają się następująco:

	Szyl. tygodniowo
Zasiłek z bezrobocia, chorobowy i na przeszkolenie:	
dla pracownika żonatego, gdy żona nie pracuje zarobkowo	40
dla pracownika żonatego gdy żona pracuje i nie pobiera zasiłku	24
dla osoby samotnej bez względu na płeć w wieku ponad 20 lat	24
dla osoby samotnej od 18 do 20 lat	20
dla chłopców i dziewcząt od 16 do 17 lat	15
dla zamężnej kobiety pracującej zarobkowo, gdy pobiera zasiłek	16
Emerytury (renty starcze) po okresie przejściowym:	
dla żonatego, gdy żona nie pracuje renta podstawowa .	40
dla osoby samotnej, dla żonatego gdy żona pracuje renta podstawowa	24
dla żony płacącej składki, której mąż liczy mniej niż 65 lat	20
dodatek za każdy rok odroczenia zgłoszenia się o rentę	
dla żonatego	2
dla samotnego	1
Zasiłek połogowy (13 tygodni)	
dla osoby zamężnej pracującej zarobkowo, obojętne, czy płaci składki, czy zwolniona od składek jako dodatek do premii za macierzyństwo	36
Zasiłek wdowi (13 tygodni)	36
Zasiłek opiekuńczy (za opiekę nad dziećmi)	24
Dodatki zależności *(dependant allowance)*	
dla osób pobierających zasiłek z powodu bezrobocia choroby, lub przeszkolenia zależnie od posiadania dzieci zależnych od niego	16
Dodatki na dzieci	
na każde dziecko, jeżeli rodzic pobiera zasiłek lub rentę i na każde dziecko z wyjątkiem pierwszego gdy rodzic pracuje jako dodatek do świadczeń dla dzieci w naturze	8
Renta wypadkowa	
za pełną (100%) niezdolność . . .	2/3 zarobku tygodniowego, nie więcej, jak 3 funty tyg. i nie mniej niż zasiłek chorobowy, z dodatkiem zależności, jeżeli ma do niego prawo
za częściową niezdolność	renta częściowa w zależności od stopnia utraty zdolności do pracy
Premia z powodu zaślubin . .	od 10 funtów wzwyż zależnie od liczby wpłaconych składek
Premia za macierzyństwo	4 funty
Zasiłek pogrzebowy	
dla dorosłej osoby	20 funtów
dla osoby w wieku 10—20 lat.	15 „
dla osoby w wieku 3—9 lat.	10 „
poniżej 3 lat.	6 „

Zastanawiając się nad pytaniem, ile świadczenia te są warte dla tych, którzy ponoszą ich ciężary, Komisja doszła do przekonania, że dla ubezpieczonego korzyści płynące z tego ubezpieczenia są aż nadto jasne, dla pracodawcy również, ponieważ wkalkuluje on tylko składkę ubezpieczeniową do kosztów produkcji jako część wynagrodzenia pracownika. Państwo musi ponieść największy ciężar, gdyż będzie od razu płaciło o 86 milionów funtów rocznie więcej, aniżeli płaciło do tej pory. Jeszcze więcej jednakże będzie płacić po upływie 20 lat. Ciężaru tego nie da się żadną miarą uniknąć. Starzy ludzie będą i muszą być żywieni. Jeżeli nie otrzymają emerytury, to muszą żyć na koszt rodziny, która będzie dzięki temu uboższą, albo ostatecznie po stwierdzeniu, że są bez środków do życia na koszt opieki społecznej a więc również na koszt państwa. Przed tą właśnie ewentualnością zabezpiecza ten plan. Ciężary, przezeń powodowane będą znośne, jeżeli całe społeczeństwo będzie je solidarnie ponosić i jeżeli zachęci się tych, którzy mogą jeszcze pracować, aby pracowali jak najdłużej.

Każdy plan ubezpieczeń społecznych — zdaniem Komisji — musi uwzględnić trzy kardynalne zasady. Musi on przewidywać dodatki na dzieci, musi zapewnić całemu społeczeństwu bezpłatną opiekę lekarską i musi zapobiegać masowemu bezrobociu.

Analizując te zagadnienia jako trzy podstawowe czynniki, zapewniające powodzenie planu zabezpieczenia społecznego, Beveridge szedł po następującej linii rozumowania. Słusznym jest zabezpieczenie obywatelowi dostatecznego dochodu także podczas przerwy w pracy. Ubezpieczenie społeczne jako część polityki opartej na zasadzie minimum społecznego koniecznego dla uniknięcia niedostatku, powinno przewidzieć taki system płac, któryby uwzględniał nie tylko godziwe wynagrodzenie za pracę, lecz uwzględniał także stan rodzinny pracownika. Stwierdzono bowiem, że nędza w Anglii była zawinioną nie tylko przez utratę zarobku, lecz i przez niestosunek między zarobkiem a wydatkami z powodu liczniejszej rodziny. Ażeby możliwie jak najlepiej wyrównać lukę między dochodem podczas pracy i w czasie utraty zarobku, należy wprowadzić dodatki na dzieci zarówno w czasie trwania pracy, jak i w okresie utraty zarobku. Także względy populacyjne przemawiają za tym, gdyż dodatki na dzieci umożliwiają rodzicom powiększanie się rodziny bez pogorszenia szansy życiowej dla już istniejących dzieci.

Z drugiej strony dodatki na dzieci powinny być wyrazem przejęcia przez społeczeństwo części odpowiedzialności rodziców za los dzieci. Dlatego też gdy rodzic zarabia, pierwsze dziecko nie otrzymuje dodatku, natomiast gdy rodzic korzysta z zasiłku z ubezpieczenia społecznego, otrzyma dodatki na wszystkie dzieci i to dodatki płynące z funduszów państwowych a nie z funduszu ubezpieczenia spo-

łecznego, gdzie te dodatki nie zostały skalkulowane w składce. Mimo to fundusz państwowy przewidziany na pokrycie wszystkich dodatków na dzieci pozostanie w administracji Ministra ubezpieczeń społecznych.

Zapewnienie bezpłatnej opieki lekarskiej jest również koniecznym dla należytego funkcjonowania ubezpieczeń społecznych zabezpieczających naród przed niedostatkiem. Opieka lekarska powinna być — zdaniem Komisji — zorganizowaną przez Ministerstwo Zdrowia a nie przez Ministerstwo Ubezpieczeń Społecznych. Celem tej opieki lekarskiej jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i uwolnienie się raz na zawsze od chorób zakaźnych. Komisja nie wypowiedziała się tylko na temat, czy ma być tam wprowadzony wolny wybór lekarza, praktyka lekarska indywidualna, czy grupowa, a także co do wynagrodzenia lekarzy, przyjmując tylko jedną zasadę to jest organizację służby zdrowia poza Ministerstwem Ubezpieczeń Społecznych. Aczkolwiek powszechna opieka lekarska ma objąć około 100$^0/_0$ ludności, Komisja nie przewiduje, by plan ten wykończył całkowicie praktykę prywatną lekarzy. Ludzie zamożni płacą dziś za prywatne nauczanie mimo to, że państwo zapewnia każdemu bezpłatną naukę szkolną. W przyszłości osoby zamożne będą mogły również leczyć się na własny rachunek. Nie można będzie tylko nikogo zmusić do zapłaty honorarium lekarskiego.

Praktyka lekarska ulegnie oczywiście pewnemu ograniczeniu, choćby z tego powodu, że może się już nie opłacać, bo koszta jej mogą być większe, aniżeli dochody płynące z praktyki.

Komisja nie rozstrzygnęła też stanowczo, czy składka ubezpieczeniowa ma pokrywać także leczenie zakładowe, nie chcąc, aby wyschło całkowicie źródło utrzymania prywatnych szpitali, na utrzymanie których dotąd ludzie opodatkowali się dobrowolnie przeciętną kwotą $3^1/_2$ pensa tygodniowo. Jeżeli leczenie zakładowe ma być już zawarte w składce ubezpieczeniowej 4 szylingi i 3 pensy, to kwoty przypadające Ministerstwu Zdrowia z tego tytułu zostaną zużyte według jego uznania. Jeżeli nie jest zawarte, to ludzie gorzej sytuowani musieliby płacić za leczenie w szpitalu tak, jak dotychczas, tj. dobrowolnie z góry w formie opodatkowania się, albo dopiero w czasie leczenia zależnie od posiadanych środków finansowych. Idealnym rozwiązaniem jest udostępnienie każdemu obywatelowi opieki lekarskiej bez ograniczenia jej ekonomiczną barierą w postaci zapłaty, ponieważ brak środków finansowych mógłby być przyczyną zwłoki w uzyskaniu leczenia i byłby połączony z oczywistą szkodą dla zdrowia ludności. Komisja po dłuższych na ten temat rozważaniach proponuje, aby każdy obywatel miał prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej tj. zarówno domowej, jak zakładowej, zależnie tylko od istotnej potrzeby jego stanu zdrowia na podstawie opłaconych przez niego składek ubezpieczenia społecznego. Wobec tego, że Komisja nie wykazała większego zainteresowania dla spraw związanych z organizacją opieki lekarskiej, pozostawiając je Ministerstwu Zdrowia, oczekuje, że sprawa ta znajdzie ostateczne rozwiązanie przy sposobności omawiania szczegółów dotyczących organizacji opieki lekarskiej w Ministerstwie Zdrowia. Ministerstwo Ubezpieczeń społecznych w Anglii nie posiada zainteresowania dla spraw organizacji służby zdrowia.

Zastanawiając się nad trzecią zasadą gwarantującą powodzenie tego planu Komisja stwierdziła, że w Anglii całkowity dochód społeczeństwa wystarczał aby usunąć niedostatek ludności przy pomocy rozdziału tego dochodu między klasy zarabiające nawet jeżeliby się w niczym nie ograniczyło klas posiadających. Nędza w Anglii była tylko niepotrzebnym skandalem, zawinionym o tyle, że nie czyniono nic, aby jej zapobiec. Wzrastające przed wojną zarobki robotnicze sprawiały, że nędza się powoli zmniejszała, jednak jej całkowicie nie zniosły. Tym środkiem, który prowadzi do ustalenia narodowego minimum, ponad którym zacznie się dobrobyt i zaniknie nędza mają być obecnie zaproponowane ubezpieczenia społeczne.

Z wojny światowej 1914—1918 i czasów, które po niej nastąpiły należy dziś wyciągnąć naukę, że i obecna wojna nie musi zniszczyć całego świata a tylko Anglii przynieść dobrobyt. Po czterech latach wojny światowej międzynarodowy handel już się ocknął i Anglia musiała wówczas wstąpić w głównym przemyśle w okres masowego bezrobocia. Obecna wojna może przynieść jeszcze większe troski i szkody dla narodu angielskiego. Byłoby jednak defetyzmem przypuszczać, że trudności są nie do pokonania, że tym razem naród angielski ulegnie, że postęp techniczny skończył się lub może się skończyć i że Anglik przyszłości musi być ubogi, ponieważ chce wydać wszystkie oszczędności Ojców.

Zniesienie nędzy nie może być przeprowadzone tylko przez zwiększenie produkcji a bez wglądu w sposób jej rozdziału. Poprawny rozdział produkcji nie oznacza podziału jej między różne czynniki produkcji. Lepszym rozdziałem jest podział siły kupna między samych zarabiających, aniżeli między czasem zarabiających i nie zarabiających wcale. Zarówno ubezpieczenia społeczne, jak i dodatki rodzinne są zasadniczym czynnikiem rozdziału społecznego dochodu. Ten lepszy rozdział w dodatku do powszechnego dobrobytu ludności może się stać przyczyną wzrostu zamożności społeczeństwa, zwłaszcza, jeżeli się utrzyma fizyczną tężyznę narodu. Świadomie przewidziane obciążenie nie może być nigdy nadmiernym ciężarem dla społeczeństwa. Niedostatek może być usunięty w Anglii po wojnie tak, jak mógł być usuniętym już przed wojną, lecz pod warunkiem, że naród angielski nie będzie uboższym, aniżeli przed wojną a nie będzi nim, jeżeli nie będzie mniej produktywnym, aniżeli jego rodzice.

Czasy powojenne mogą przynieść zwolnienie społeczeństwa od nędzy, jeżeli wszystkie narody postanowią współpracować pokojowo dla produkcji i jeżeli nie będą spiskować dla zniszczenia się wojną, czy to otwartą czy ukrytą, jeżeli dostosuje się politykę ekonomiczną Anglii tak, aby produktywne zajęcia zostały utrzymane i jeżeli plan ubezpieczeń społecznych tak będzie skonstruowany, że będzie wolny od niepotrzebnych wydatków na administrację i inne straty, wreszcie jeżeli decyzja co do ostatecznej

formy ubezpieczeń społecznych zostanie powziętą już w czasie wojny.

Plan ten nie daje nikomu „coś za nic“, ani też nikogo nie zwalnia od całkowitej odpowiedzialności. Zabezpiecza on tylko dochód na utrzymanie, pod warunkiem pracy i opłacania składek, co równocześnie pozwoli płatnikowi na utrzymanie jego zdolności zarobkowej. Może on być przeprowadzony tylko zdecydowaną wolą angielskiej demokracji, która pragnie raz na zawsze uwolnić się od nędzy, dla której nie ma ekonomicznego, ani moralnego usprawiedliwienia. Jeżeli wspólne wysiłki zostaną uwieńczone pomyślnym rezultatem, pozwoli on na pracę wszystkich z świadomością, że stanęli już ponad minimum egzystencji i mogą teraz zaspokoić potrzeby nie tylko czysto fizyczne, lecz i wyższe.

Są tacy — zdaniem Beveridge'a — którzyby chcieli odłożyć realizację tego planu do czasów powojennych, aby skoncentrować wszystkie wysiłki narodu dla spraw związanych z wojną. Oczywiście, jeżeli tylko Anglia przeżyje tę wojnę zwycięsko, to zapewni ona tym, którzy wojnę przeżyją wolność i szczęście. Tylko skoncentrowany wysiłek całego społeczeństwa może rokować zwycięstwo. Trzeba jednak zdać sobie również sprawę z tego, że celem zwycięstwa jest życie w lepszym świecie i że każdy obywatel może swe wysiłki łatwiej skoncentrować, jeżeli czuje, że rząd przygotuje plany lepszego świata. Jeżeli ten plan ma być gotów w swoim czasie, musi być gotów już dziś.

Obwieszczenie reformy polityki społecznej podczas wojny — zdaniem Beveridge'a — może się nawet przyczynić do zwycięstwa. Jaką wagę przywiązują do tych reform przywódcy demokracyj po obu stronach Atlantyku, dowodem tego jest V-ta klauzula Karty Atlantyckiej, z której wynika, że życzeniem tych przywódców jest „wprowadzenie najpełniejszej współpracy wszystkich narodów na polu ekonomicznym z zapewnieniem wszystkim wyższego poziomu pracy, postępu ekonomicznego i zabezpieczenia społecznego“.

Nie jest to więc usiłowanie jednego narodu dla uzyskania korzyści tylko dla swych obywateli na koszt innych walczących we wspólnej sprawie, lecz jest udziałem Anglii w budowaniu lepszej przyszłości. Jest ono dowodem wiary, że troską rządów w pokoju i wojnie jest nie sława władcy, lecz szczęście zwykłego człowieka. Ta wiara jednoczy poprzez różnice ustrojów państwowych wszystkie demokracje sprzymierzonych i ona właśnie różni sprzymierzone narody od ich wrogów!

Chcąc przeprowadzić porównanie planu Beveridge'a z obowiązującymi od 1934 r. ubezpieczeniami społecznymi w Polsce, musimy to porównanie przeprowadzić odnośnie do zakresu osób objętych ubezpieczeniem społecznym, odnośnie do składki ubezpieczeniowej i odnośnie do świadczeń z ubezpieczeń społecznych, do których ubezpieczony w Polsce ma prawo.

Idea scalenia ubezpieczeń społecznych w Polsce została już zrealizowaną w 1934 roku. Zakres osób objętych ubezpieczeniem społecznym obejmuje w Polsce świat pracy pozostający w stosunku pracy najemnej i stosunku służbowym z wyłączeniem — niestety — pracowników rolnych.

Pracownicy rolni w małych gospodarstwach nigdy nie podlegali ubezpieczeniu społecznemu, w gospodarstwach dużych zostali właśnie przy sposobności scalenia ubezpieczeń wyjęci spod ubezpieczenia chorobowego i podlegali odtąd tylko ubezpieczeniu wypadkowemu. Tylko w poznańskim ubezpieczenie pracowników rolnych, które tam miało już starą tradycję pozostało nadal jako ubezpieczenie emerytalne i wypadkowe. Prócz robotników rolnych nie podlegali ubezpieczeniu chorobowemu pracownicy państwowi, którzy mieli własną, ale niedostateczną organizację opieki lekarskiej, pracownicy P. K. P. którzy posiadali również własną opiekę lekarską, oraz pracownicy najemni, zarabiający ponad 725 złotych miesięcznie i osoby pracujące zarobkowo samodzielnie a więc kupcy, rzemieślnicy i wolne zawody. Ustawa przewidywała wprawdzie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w ramach ustawy o ubezpieczeniu społecznym, jednak poza kilku pracodawcami rolnymi dobrowolne ubezpieczenie grupowe nie odegrało nigdzie większej roli. Dopiero niedawno przejęły Ubezpieczalnie Społeczne wszystkich urzędników państwowych, rencistów i emerytów do ubezpieczenia chorobowego przypuszczalnie na zasadzie ubezpieczenia ich przez instytucję wypłacającą im pobory, emeryturę, względnie rentę starczą. Sprawa ta uregulowana na razie tymczasowo czeka na definitywną decyzję władz.

Jeżeli chodzi o składkę ubezpieczeniową, to sama składka za ubezpieczenie chorobowe wynosi dla robotnika 5% zarobku, dla pracownika umysłowego 4,6%, które rozkładają się w połowie na pracodawcę i w połowie na ubezpieczonego. Składka za ubezpieczenie wypadkowe jest uzależniona od stopnia niebezpieczeństwa, na jakie naraża pracownika praca w danym zakładzie i obciąża w całości tylko pracodawcę. Składka za ubezpieczenie emerytalne robotnika wynosi 5,2% zarobku, z czego 3,3% obciąża pracodawcę, 1,9% pracownika. Składka w górnictwie i hutnictwie jest wyższa i wynosi 5,8%, co rozkłada się następująco: 3,6% przypada na robotnika, 2,2% na pracodawcę. Składka emerytalna dla pracowników umysłowych wynosi 8%, z czego przy zarobkach do 400 złotych pracodawca ponosi 3/5, pracownik 2/5, przy zarobkach do 800 złotych płacą zarówno pracodawca jak i pracownik składkę 8% po połowie, przy zarobkach ponad 800 złotych płaci pracodawca 2/5, pracownik 3/5 składki.

Fundusz pracy jako ubezpieczenie na wypadek braku pracy składa się z 2% zarobków, z czego 1,5% obciąża pracodawcę a 0,5% pracownika fizycznego. Pracownicy umysłowi płacą od 1,4% do 1,68%, pracodawcy od 1% do 2,8% *).

Górna granicy zarobku zwalniająca pracowników zarabiających ponad 725 złotych miesięcznie od ubezpieczenia chorobowego została również dopiero teraz zniesioną, podobnie, jak dopłaty za porady, zabiegi lecznicze i za leki, które nie przedstawiały pod względem finansowym żadnej istotnej wartości a były stałym zarzewiem niezadowolenia ubezpieczonych

*) W ostatnich dniach pod wpływem żądań związków zawodowych czynniki decydujące rozważają możliwość obciążenia całością składek ubezpieczeniowych tylko pracodawców.

i nieporozumień między nimi a lekarzami i aptekami Ubezpieczalni Społecznych.

Świadczenia z tytułu ubezpieczenia chorobowego w Polsce są ograniczone co do czasu ich trwania i to zarówno w odniesieniu do samego ubezpieczonego, który może leczyć się najdłużej przez 26 tygodni w każdym poszczególnym przypadku choroby, jak w odniesieniu do członków jego rodziny, która może się leczyć także najwyżej 13 tygodni w każdym poszczególnym przypadku choroby.

Zasiłek chorobowy wynosi 60% zarobku i może być pobieranym również nie dłużej aniżeli 26 tygodni. Na każde trzecie dziecko otrzymuje ubezpieczony dodatki na dzieci, razem nie więcej, aniżeli 75%. Zasiłek połogowy wynosi 75% zarobku i może być pobieranym przez 8 tygodni. Zasiłek na karmienie wynosi ekwiwalent jednego litra mleka dziennie przez 12 tygodni. Zasiłek pogrzebowy wynosi trzytygodniowy zarobek, w razie śmierci członka rodziny zasiłek pogrzebowy wynosi połowę, podobnie, jak połowę otrzymują w razie karmienia członkowie rodziny.

Oczywiście ograniczenia czasowe stosowane w lecznictwie są bardzo bolesne dla tych wszystkich, którzy mają to nieszczęście że chorują na gruźlicę, cukrzycę, chorobę psychiczną, zapalenie szpiku kostnego itp. Tylko gruźlica została uznana obecnie za chorobę o tak społecznym znaczeniu, że należy ją leczyć bez czasowego ograniczenia. Jednakże leczenie zakładowe osób, które wyczerpały statutowy okres świadczeń na koszt ubezpieczenia długoterminowego natrafia ciągle jeszcze na poważne trudności.

Na wypadek macierzyństwa korzysta ubezpieczona w Polsce z bezpłatnej opieki lekarskiej przed, w czasie i po porodzie i z opieki egzaminowanej położnej. Zasiłek połogowy, o którym wyżej wspomniałem ma być według oświadczenia czynników rządowych wkrótce podniesionym do 100% zarobku. Członkowie rodziny ubezpieczonego korzystają w razie macierzyństwa tylko ze świadczeń rzeczowych.

Pod jednym względem stoimy bezspornie wyżej, aniżeli Anglia tj. pod względem leczenia szpitalnego, które nie jest ograniczone w naszym ubezpieczeniu chorobowym co do samej zasady a jedynie może być ograniczonym co do czasu jego trwania, gdyż nie może wykraczać poza statutowy okres 26 względnie 13 tygodni.

Ubezpieczenie emerytalne pracowników umysłowych jest ubezpieczeniem w ramach ustawy o ubezpieczeniu pracowników umysłowych, która ukazała się 24. XI. 1927, jest więc znacznie starszym aniżeli ubezpieczenie emerytalne robotników, wprowadzone na znacznej części Polski dopiero ustawą scaleniową z 1933 roku. Ubezpieczenie to przyznaje pracownikowi, który ukończył 65 lat albo który wskutek ułomności cielesnej lub umysłowej utracił ponad 50% swej zdolności 40% rentę, obliczoną według przeciętnej z jego poborów. Po 10 latach policzalnej pracy renta ta wzrasta o 1/6% za każdy miesiąc. Okres wyczekiwania wynosi 60 miesięcy.

Ustawa o ubezpieczeniu pracowników umysłowych przewiduje ponadto leczenie zapobiegawcze i restytucyjne na koszt ubezpieczenia emerytalnego.

Okres wyczekiwania w ubezpieczeniu emerytalnym robotniczym wynosi 200 tygodni w ostatnich 10 latach z czego najmniej 50 tygodni w ostatnich trzech latach. Renta emerytalna robotnicza składa się z renty zasadniczej i kwoty indywidualnej. Kwota zasadnicza odpowiada 10—16% przeciętnego zarobku miesięcznego wszystkich ubezpieczonych, którym w ubiegłym roku przyznano rentę. Kwota indywidualna wynosi od 10 do 40% przeciętnego zarobku ubezpieczonego. Dodatki na dzieci, którymby przysługiwała renta sieroca wynoszą 1/10 kwot. zasadniczej i indywidualnej, jednak bez jej wzrostu. Wszystkim rencistom przysługuje leczenie na koszt właściwego funduszu emerytalnego.

Niestety, doświadczenie wykazuje, że ani renta pracownika umysłowego a tym mniej renta starcza robotnika nie zapewnia jeszcze żadnemu z nich minimum egzystencji.

Renta pełna w ubezpieczeniu wypadkowym tj. w razie całkowitej niezdolności do zarobkowania z powodu wypadku przy pracy lub z powodu choroby zawodowej wynosi $66^2/_3$% zarobku, bez górnej granicy. Niezdolność częściową wyrównują renty mniejsze obliczane procentowo.

Ubezpieczenie na wypadek braku pracy zapewnia pracownikowi fizycznemu pozbawionemu pracy zasiłek przez 13 wzgl. 17 tygodni w roku, pracownikowi umysłowemu zasiłek przez 26 tygodni.

Z tego najpobieżniejszego porównania wynika, że ubezpieczenie społeczne w Polsce mimo scalenia jest w szczegółach nadzwyczaj skomplikowane, wskutek czego administracja jego musi być znacznie droższą, aniżeli w Anglii. Nie obejmując wszystkich ryzyk obejmuje ono tylko świat pracy i to nie zupełnie, gdyż pracownicy najemni w gospodarstwach rolnych nadal nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu, a ubezpieczenie chorobowe nie obejmuje jeszcze olbrzymiej części narodu tj. ludności wiejskiej. Jakie ma to znaczenie dla zdrowia narodu, zdajemy sobie doskonale sprawę. Może ten rozmach z jakim Anglia reformuje i modernizuje swoje ubezpieczenia społeczne doda i nam odwagi do wprowadzenia w naszych ubezpieczeniach tych zmian, które uznajemy dziś za najkorzystniejsze tj. rozszerzenie ubezpieczenia chorobowego przynajmniej na ludność wiejską.

Czy można z planu Beveridge'a wyciągać wnioski dla naszych ubezpieczeń?

Ubezpieczenia społeczne zaproponowane przez Komisję Beveridge'a, których wprowadzenie w życie po zwycięstwie Partii Pracy zdaje się nie ulegać żadnej wątpliwości, mogą być wprowadzone tylko w tak zorganizowanym społeczeństwie, jak angielskie. Opierają się one nie tylko na składkach ubezpieczonych i składkach pracodawców, lecz na udziale państwa, które partycypuje później w 3/5 funduszu ubezpieczeń społecznych. Wydatki na nie muszą więc być nie tylko co roku w budżecie państwowym przewidziane, lecz co ważniejsze realizowane. Zaniechanie tego, niepunktualna wypłata dotacyj z funduszów państwowych podważyłaby nie tylko praktyczne wykonanie tego planu, lecz co gorsze godziłyby w samą ideę zabezpieczenia społecznego.

Obawiam się, że nasz młody system podatkowy nie zapewnia państwu jeszcze płynnej gotówki w tą-

kiej ilości, aby można było liczyć na pewny udział państwa w ponoszeniu kosztów ubezpieczeń społecznych wykonanych w tak olbrzymiej skali.

Także idea zabezpieczenia obywatelowi minimum społecznego jest dla nas jeszcze pojęciem obcym, skoro pobory nasze dziś nikomu jeszcze tego minimum nie zapewniają. Cóż dopiero mówić o tym, aby renty starcze, zasiłki chorobowe i zasiłki z bezrobocia miały ich odbiorcom zapewnić minimum egzystencji! Gdy nasz ustrój demokratyczny stężeje, i gdy z naszej społeczności zostaną wyeliminowane jednostki zarabiające w sposób kolidujący z prawem, a więc „szabernicy" i inne „niebieskie ptaki", które „zbierają nie orząc i nie siejąc", a które mają dziś jeszcze zapewnioną na wolności egzystencję, musi przyjść i u nas czas na zabezpieczenie egzystencji człowiekowi pracy i inwalidzie pracy *).

---

*) *Social Insurance and allied services: The Beveridge report in brief. London. H. M. Stationary Office 1942. str. 63.*

ZJAZD DYREKTORÓW I LEKARZY NACZELNYCH UBEZPIECZALNI SPOŁECZNYCH W ŁODZI

W dniach 30 i 31 lipca 1945 r. odbył się w Łodzi Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni Społecznych, zwołany przez Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej. W Zjeździe wzięli udział: wiceminister dr Giebartowski, który prowadził obrady, dyrektor departamentu ubezpieczeń społecznych dr Altman, Komisarz Zakładu ubezpieczeń społecznych p. Pasternak, Naczelny Dyrektor Zakładu dr M. Stawiński, urzędnicy Ministerstwa Pracy i prawie wszyscy Lekarze Naczelni Ubezpieczalni Społecznych.

Imieniem Ministra Zdrowia powitał Zjazd dr Mierzecki. Wiceminister, a zarazem Naczelny Komisarz do walki z epidemiami doc. dr Morzycki podniósł w swej przemowie powitalnej znaczenie ubezpieczeń społecznych dla zdrowotności państwa. Zdaniem jego przyszła powszechna Służba Zdrowia powinna oprzeć się na istniejącym ubezpieczeniu chorobowym, gdyż dzięki temu będzie mogła swe cele szybciej w życie wprowadzić. Odcięcie w obecnej chwili gałęzi lecznictwa od pnia ubezpieczeniowego mogłoby wywołać poważne zaburzenia w funkcjonowaniu ubezpieczeń społecznych. Ministerstwo Zdrowia powinno natomiast)już obecnie uzyskiwać wpływ na sprawy personalne i na ogólny kierunek lecznictwa ubezpieczeniowego, które musi się dostosować do ogólnego planu Ministerstwa Zdrowia.

Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Społecznych dr Altman stwierdził, że naczelnym zadaniem Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej jest odbudowa i przebudowa ubezpieczeń społecznych. Muszą one zapewnić światu pracy należne mu świadczenia oraz przystosować swą działalność do odbudowy kraju. Należy wyeliminować z ubezpieczeń wszelką biurokrację i zapewnić ubezpieczonemu taką opiekę lekarską, któraby wzmogła jego wydajność w pracy. Niestety, „instytucje ubezpieczeń społecznych" — zdaniem dyr. Altmana — „nie cieszą się jeszcze należytą popularnością w społeczeństwie i na ostatnim Zjeździe Kierowników Zakładów Przemysłowych w Katowicach podnoszono, że ich wadliwe funkcjonowanie hamuje wydajność pracy robotników".

Naczelny Dyrektor Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dr Stawiński przedstawił w swym doskonałym referacie obecny stan Ubezpieczalni Społecznych w Polsce. Wydatki na świadczenia dochodzą już do 78% przypisu, wydatki na leki wykazują stałą tendencję do wzrostu. Wprawdzie składka przeciętna wzrosła pięciokrotnie w stosunku do składki przedwojennej, jednak wydatki na leczenie szpitalne wzrosły dziesięciokrotnie, a koszty administracyjne wzrosły do 16%. Jeszcze 10 Ubezpieczalni wykazuje niedobór w wysokości ponad 1 milion złotych miesięcznie, zaś zadłużenie skarbu państwa w Ubezpieczalniach Społecznych wynosi do tej pory ponad 20 milionów złotych. Dr Stawiński zakończył swój referat apelem do Ministerstwa o zbadanie możliwości rozszerzenia pomocy lekarskiej na ludność wiejską oraz o jak najszybsze ustawowe uregulowanie ubezpieczenia chorobowego urzędników państwowych.

Dr Kunicki, Lekarz Naczelny Ubezpieczalni Społecznej w Łodzi, omówił zagadnienie lecznictwa w Ubezpieczalniach Społecznych, jego stan organizacyjny, obecne braki i zadania. Dr Kunicki podniósł między innymi, że rola lekarzy fabrycznych w Łodzi została spaczona, gdyż lekarze fabryczni w Łodzi stali się w przeważnej części lekarzami domowymi, dzięki czemu nie mają czasu na zajęcie się zagadnieniami higieny zakładu pracy. Nie wierząc w efekty przymusowej pracy dla społeczeństwa pragnie dr Kunicki związać lekarzy Ubezpieczalni jak najściślej z instytucją.

Dr Hummel omówił zagadnienie chorób zawodowych, którym na uniwersytetach poświęca się zbyt mało uwagi i stwierdził, że lekarz fabryczny nie powinien leczyć pracowników zakładu pracy, lecz poświęcić się całkowicie higienie zakładu dla utrzymania jaknajwyższej wydajności pracy pracowników.

Po zwięzłych sprawozdaniach Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych Ubezpieczalni w Łodzi, Poznaniu, Sosnowcu, Lublinie, Siedlcach, Włocławku i Warszawie, po sprawozdaniu Komisarzy organizacyjnych Ubezpieczalni Społecznych na wojew. gdańskie i na wojew. śląsko-dąbrowskie, wreszcie po sprawozdaniu lekarza naczelnego w Katowicach wywiązała się dyskucja w której zabierali głos zarówno Dyrektorzy jak i Lekarze Naczelni poruszając aktualne ich bolączki. Główną troską lekarzy naczelnych był brak leków i środków komunikacyjnych dla przewozu chorych — dyrektorów zaś zaległości skarbu państwa (w Krakowie przekraczają już 6 milionów) i odpływ sporej liczby wysoko kwalifikowanych pracowników na tereny zachodnie.

W dyskusji zabrał głos również dr Szumski, który zarzucił masowemu lecznictwu, że nie docenia w masówce ambulatoryjnej psychicznej strony chorego, że jest ono zbyt objawowe a mało przyczynowe, że zaniedbuje anemnezę zawodową pracownika, pomija prawdziwe przyrodolecznictwo i nie docenia akcji zapobiegawczej i propagandy higieny warsztatu pracy i higieny życia codziennego, co posiada niewątpliwy wpływ na częstość zachorowalności. Dr Szumski zaproponował między innymi wprowadzenie hierarchizacji lekarzy w ambulatoriach podobnie jak to ma miejsce w szpitalach, gdzie są ordynatorzy, starsi i młodsi asystenci dla umożliwienia przeprowadzenia w sposób taktowny i koleżeński fachowej kontroli lecznictwa społecznego.

Dr Ciećkiewicz stwierdził, że wszyscy zebrani są zgodni co do konieczności zapewnienia całej ludności należytej opieki zdrowotnej, chodzi tylko o to, aby zdecydować się, czy ma się to stać drogą Powszechnej Służby Zdrowia w oparciu o szpitale powiatowe, ośrodki zdrowia i gabinety lekarskie — jak to proponuje dr Kacprzak — czy też drogą rozciągnięcia dalszej sieci lekarzy domowych na wsi i rozbudowy istniejących ambulatoriów specjalistycznych w miastach. Podkreślając wyniki wieczorów dyskusyjnych poświęconych temu zagadnieniu w Krakowie stwierdza, że tylko rozbudowa istniejącej sieci lekarzy Ubezpieczalni i rozciągnięcie przymusu ubezpieczenia chorobowego na ludność wiejską rozwiąże zagadnienie opieki lekarskiej dla ludności wiejskiej w sposób najbardziej celowy. Drugą sprawą poruszoną przez dra Ciećkiewicza było zagadnienie systemu lecznictwa społecznego, które nie powinno ulegać w tej chwili żadnej reformie, ponieważ w najcięższych chwilach zdało egzamin życia. System lekarza domowego ulepszony przez dodanie każdemu lekarzowi na cały dzień pielęgniarki powinien być nadal zachowany. Lekarz fabryczny nie powinien leczyć pracowników fabrycznych, lecz być higienistą zakładu pracy. Z przykrością stwierdził dr Ciećkiewicz, że nikt nie poruszył tej do tej pory sprawy profilaktyki, która była przez sześć lat zakazaną przez okupanta i której znaczenie wszyscy należycie doceniamy. Dr Ciećkiewicz wspólnie z Lekarzem Naczelnym w Gdańsku drem Wasilewskim zgłosili następujące wnioski:

1) Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych uważa, że zapewnienie opieki lekarskiej całej ludności państwa a przede wszystkim ludności wiejskiej winno być przeprowadzone drogą rozszerzenia przymusowego ubezpieczenia chorobowego na

ludność wiejską. Dalsza rozbudowa ośrodków zdrowia i szpitali powiatowych przyczyni się do poprawy stanu zdrowotności w państwie.

2) Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych uważa za najbardziej celowy system lekarza domowego z ambulatoriami specjalistycznymi jako uzupełnieniem w ośrodkach miejskich. Zjazd podnosi znaczenie rozbudowy sieci lekarzy fabrycznych, którzy winni czuwać nad higieną zakładu pracy, oraz lekarzy szkolnych celem zapewnienia opieki higieniczno-lekarskiej młodzieży szkolnej.

3) Zjazd Dyrektorów i Lekarzy Naczelnych uważa za konieczne wprowadzenie we wszystkich uczelniach akademickich kształcących lekarzy, katedr medycyny społecznej, celem zapoznania studentów medycyny z zagadnieniami medycyny ubezpieczeniowej i społecznej.

Wszystkie wnioski zostały przyjęte. Innych wniosków nie zgłoszono.

Naczelnik Wydziału w Ministerstwie Pr. i Op. Społ. p. Biernat, zwrócił uwagę na sposób załatwiania roszczeń ubezpieczonych, polecając załatwiać je szybko i sprawnie.

Naczelnik wydziału normatywno-prawnego p. Frankowska, poinformowała zebranych o zamierzeniach Ministerstwa na najbliższą przyszłość. Ministerstwo zamierza podwyższyć przede wszystkim zasiłek połogowy do 100%, odpowiednio do tego także zasiłek chorobowy, ponadto zamierza jednolicie przerzucić na pracodawcę 2/3 składki ubezpieczeniowej, a 1/3 na pracownika, oczywiście poza ubezpieczeniem wypadkowym, w którym cała składka nadal będzie obciążać pracodawcę.

Po zamknięciu Zjazdu przez wiceministra dra Giebartowskiego, który z żalem podniósł zbyt małe zainteresowanie zebranych dla ziem zachodnich, urzędnicy Ministerstwa udzielali zebranym indywidualnych wyjaśnień na stawiane im zapytania.

Zjazd, który się odbył należy ocenić pozytywnie. Po raz pierwszy od czasu odzyskania niepodległości mieli Lekarze Naczelni sposobność wymienić swe doświadczenia z różnych terenów państwa oraz zetknąć się z czynnikami odpowiedzialnymi za losy ubezpieczeń społecznych. Zapewnienie dyr. Altmana, że Ministerstwo nie zgodzi się na wyłączenie lecznictwa ubezpieczeniowego i na „skok w nieznane" pozwala przyjąć że ubezpieczeniom społecznym nie grożą w najbliższej przyszłości żadne wstrząsy, co więcej, że Ministerstwo Pracy i Opieki Społecznej biorąc w swe ręce inicjatywę rozszerzenia przymusowego ubezpieczenia chorobowego na ludność wiejską doprowadzi szybko nie tylko do zapewnienia opieki lekarskiej ludności wiejskiej, lecz przy tej sposobności zmaże także z siebie winę wyłączenia z dniem 1 stycznia 1934 r. z ubezpieczenia chorobowego 1,367.000 robotników rolnych (wraz z rodzinami około trzech milionów osób) poświęconych obszarnikom za cenę głosowania za ustawą o ubezpieczeniu społecznym.

Dr M. C.

* * *

MINISTER ZDROWIA O UBEZPIECZALNIACH SPOŁ.

W wywiadzie udzielonym „Kurierowi Codziennemu" oświadczył Minister Zdrowia dr Fr. Litwin, co następuje:

Z chwilą powołania do życia Ministerstwa Zdrowia, stało się oczywiste, że sprawy lecznictwa muszą wypaść z kompetencji innych resortów i wejść w ramy Służby Zdrowia. Nie znaczy to jednak, by Ministerstwo miało przejąć całokształt lecznictwa Ubezpieczalni Społecznych. Wystarczy nam jedynie kontrola i opieka nad lecznictwem jako rękojmia owocnej współpracy dla zdrowia Narodu.

Ministerstwo nie chce być placówką biurokratyczną. Chcemy osiągnąć wyniki tylko przez harmonijne współdziałanie ze społeczeństwem, którego zdanie Ministerstwo będzie zawsze respektowało w swym programie.

Samo życie, wcześniej czy później, uregulowałoby konieczny nadzór publicznej Służby Zdrowia nad lecznictwem Ubezpieczalni, przy realizowaniu obecnego jednolitego programu. W zastosowaniu praktycznym przejęcie nadzoru Ministerstwa Zdrowia nad lecznictwem Ubezpieczalni Społecznych powinno przejść bez żadnych wstrząsów. Już dzisiaj zaznacza się grawitacja lecznictwa Ubezpieczalni w kierunku publicznej Służby Zdrowia.

Lecznictwo Ubezpieczalni miało dotychczas właściwie tylko formę ambulatoryjną z pominięciem spraw sanitarnych i profilaktyki, na co Ministerstwo kładzie szczególny nacisk. Pacjentów na kurację szpitalną kierowały Ubezpieczalnie i tak przeważnie do szpitali państwowych lub samorządowych pokrywając koszty leczenia. Współpraca Ubezpieczalni z Ministerstwem Zdrowia w ramach publicznej Służby Zdrowia dałaby w skutkach znaczne oszczędności.

Dążymy, w myśl słusznych założeń Związków Zawodowych, do zebrania wszystkich pracowników Służby Zdrowia w jednym ogólnym Związku Zawodowym i nie rozpraszania się na związki pracowników państwowych, komunalnych, Ubezpieczalni Społecznej itd. Mając do czynienia z jednym związkiem, możemy racjonalnie gospodarować siłami lekarskimi, pielęgniarskimi, dentystycznymi, farmaceutycznymi i unormować wreszcie jednolitość płac. Stoimy na stanowisku że w walce o zdrowie narodu każdy pracownik Służby Zdrowia ponosi wspólną odpowiedzialność. W związku chcemy widzieć ramię przy ramieniu lekarza obok pielęgniarzy, szofera, samitarki, praczki szpitalnej i dozorcy.

Na zapytanie, czy Mtwo Zdrowia bierze w rachubę zastosowanie przymusu w rozsiedlaniu pracowników Służby Zdrowia zależnie od potrzeb wsi i miasteczek, oświadczył Minister Zdrowia:

Tego chcielibyśmy za wszelką cenę uniknąć. Samarytański obowiązek naszej pracy wymaga wysokiego poziomu etycznego a tych kwalifikacji nie zdobędziemy na drodze rygorystycznej. Uspołecznienie pracowników Służby Zdrowia będziemy starali się osiągnąć przez Związek Zawodowy, który musi być katalizatorem twórczego, demokratycznego pierwiastka w łonie pracowników. Jeżeli jednak okaże się, że pewne jednostki czy grupy pracowników nie dorosły etycznie do godności prawdziwych sług ludzkości, to — podkreślam — że jesteśmy zdecydowani i dość energiczni, aby nasz dział inspekcyjny uzupełnić egzekutywnym. Medycyna nie może być towarem i przedmiotem spekulacji. Nasze Ministerstwo jest młode — kończy rozmowę Minister dr Litwin — lecz stara się zdać egzamin obywatelskości wobec społeczeństwa. nawet w tak trudnych warunkach powojennej rzeczywistości".

* * *

Ubezpieczenie chorobowe dla wsi. Zjazd Związku Zawodowego Pracowników Instytucji Ubezpieczeń Społecznych w Łodzi uchwalił rezolucję domagającą się, aby cała zawodowo czynna ludność wiejska, tak najemna, jak samodzielna, była przymusowo ubezpieczona na wypadek choroby. Poza tym należy wprowadzić ubezpieczenie emerytalne robotników rolnych i wdowom po robotnikach obarczonych dziećmi przyznać rentę wdowią niezależnie od niezdolności do zarobkowania.

Prezesem wybrano ob. Sasima, wiceprezesem ob. Sawickiego i Bugajskiego (Wg K. C. 14/9 45).

* * *

KRAKOWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 6 czerwca 1945 r.

(c. d.)

Doc. Tochowicz (z Kliniki wewnętrznej U. J. prof. Tempki) przedstawił przypadek ostrego zapalenia mięśnia sercowego w rentgenogramie i elektrokardiogramie.

Chory lat 24 podchor. W. P. zgłasza się do Kliniki dnia 22 III 1945 z powodu ataków kaszlu, duszności wysiłkowej, uczucia ściskania na szyi, obrzęków na twarzy i na nogach Wymienione objawy występowały w mniejszym nasileniu nie stale na 2 do 3 dni przed przybyciem do Kliniki. Chory podaje, że choroba rozpoczęła się po wielkim przemęczeniu fizycznym, przy złych warunkach mieszkaniowych i odżywieniowych. Praca polegała na ciągłych ćwiczeniach, defiladach i służbie wartowniczej. Po zejściu z ostatniego posterunku z warty nie mógł już ujść ani 50 m z powodu kaszlu i duszności, tak, że z wielkim trudem przy pomocy kolegów wrócił do koszar z wartowni, która była odległa o 1/2 do 3/4 km. W dzieciństwie przebył szkarlatynę, odrę, zapalenie przyusznic i dość często miewał bóle gardła. Pali do 10 papierosów, alkoholu

nie używa. Sportów żadnych nie uprawiał. Dziedziczność bez znaczenia.

Stan przedmiotowy: budowa prawidłowa, powieki nieznacznie obrzękłe, białkówki nieco podżółtaczkowe, gruczoły podszczękowe macalne, gardło zaczerwienione, migdałki lekko uwypuklają się. Klatka piersiowa symetryczna, oddechowo średnio ruchoma. Dołki nadobojczykowe zaznaczone. Wypukiem — przytłumienie po obu stronach w dole płuc do dolnego kąta łopatki, ruchomość płuc ograniczona. Osłuchowo nad przytłumieniem szmery oddechowe osłabione, przewodnictwo szeptu i głosu również osłabione. Serce — uderzenie koniuszkowe niewidoczne, macalne w V międzyżebrzu na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej, prawa granica na 2—3 cm na prawo od linii mostkowej, lewa granica na 2 cm na zewnątrz linii środkowo-obojczykowej. Tony czyste, II nad płucną bardzo wybitnie akcentowany, akcja miarowa około 60/min. Tętno równe, średnio napięte, miarowe, miernie wypełnione. Ciśnienie krwi 135/80. Wątroba macalna, tkliwa. W okolicy kostek ślady obrzęków. Badania dodatkowe — mocz makroskopowo chemicznie i mikroskopowo bez zmian. Leukocytoza 4.700, obraz c. białych prawidłowy, OWa ujemny OB $\frac{3}{7}$. Rentgen dnia 23 III 1945, serce obustronnie znacznie powiększone, wymiary Mr 5,9 cm, Ml — 10,3 cm, L — 15,7 cm; 4 IV Mr 4,7 cm, Ml — 8,2 cm, L — 14 cm.

Elektrokardiograf 23 III 1945 lewokardiogram, T spłaszczone we wszystkich odprowadzeniach, S III zazębione, ORS = 0,09 sek.

Dnia 4 V 1945 i następnie kilkakrotnie powtarzane wykazują: lewokardiogram, T zupełnie prawidłowe we wszystkich odprowadzeniach, S II i S III zazębione i nieco szersze, QRS = 0,1 sek. Ekg po wysiłku po 40—60 przysiadach nie ulega zmianie. Ciśnienie krwi dnia 4. V 1945 120/70.

Autor podkreśla, że wymienione na początku objawy chorobowe u chorego przy samym tylko leżeniu bez żadnego leczenia farmakologicznego ustąpiły już po paru dniach.

U wymienionego chorego rozpoznano na podstawie objawów chorobowych i przebiegu klinicznego stanu chorego ostrą niedomogę krążeniową w następstwie przepracowania fizycznego u osobnika nieprzygotowanego żadną zaprawą do tego rodzaju wysiłku (serce żołnierskie).

Po omówieniu patogenezy ostrej niewydolności krążenia autor podkreśla ważność w tych przypadkach zaburzeń biochemicznych (nadmiar we krwi kwasu mlekowego, kwasu fosforowego i bezwodnika kwasu węglowego), które tak jak i na mięśnia szkieletowe, muszą wywierać szkodliwy swój wpływ i na mięsień sercowy. Niewątpliwie, że poza brakiem zaprawy decydującą rolę odgrywa tu przy wystąpieniu tej ostrej niedomogi krążeniowej i stan samego serca i dlatego też autor na podstawie ostatniego wyglądu krzywej elektrokardiograficznej przychodzi do wniosku, że i u tego chorego mamy do czynienia z sercem o upośledzonej sprawności, jakkolwiek trudno jest ocenić stan tego mięśnia z całą pewnością przed wystąpieniem objawów niedomogi. W ocenie zdolności jego do służby wojskowej pacjent odchodzi z Kliniki z wnioskiem do przedstawienia go przed Komisję Wojskową celem ograniczenia jego pracy fizycznej.

Dr Henryk Kania przedstawia przypadek pourazowej padaczki Jacksona, leczonej na Oddziale Chirurgicznym Szpitala św. Łazarza. Mężczyzna lat 46 przed 26 laty doznał otwartego złamania czaszki w lewej okolicy ciemieniowo-skroniowej ze skaleczeniem mózgu. Kolejne napady padaczki Jacksona po stronie prawej występowały po: $1^1/_2$ roku, 14 latach, 3 latach i po 7 latach coraz to cięższe. Raz już był operowany z tego powodu przed 7-miu laty.

Ostatnio przed miesiącem ponowny napad padaczki J. prawostronnej. Przyjęty na Oddział Chirurgiczny w ciężkim stanie padaczkowym: co kilka minut bardzo bolesne drgawki prawych kończyn ze skrzywieniem głowy w prawo, z zaburzeniami oddechania, groźnymi dla życia. Chory bardzo wyczerpany, leczenie środkami farmakologicznymi było bezskuteczne. Zabieg operacyjny nie wchodził w grę. Celem obniżenia ciśnienia śródczaszkowego i wpłynięcia w ten sposób na proces fizjopatologiczny w mózgu, wykonano nakłucie prawej komory bocznej.

Po nawierceniu otworu w czaszce, nad przednim rogiem komory bocznej prawej i nacięciu opony twardej, stwierdzono pod oponą zbiornik płynu o charakterze płynu mózgowo-rdzeniowego. W czasie napadu drgawek płyn ten wydostał się przez otwór w oponie silnym strumieniem w ilości około 5 cm, przy czym między powierzchnią mózgu, a oponą powstała wolna przestrzeń. W czasie następnego napadu drgawek, mózg ukazał się w otworze opony i został siłą do niej przyparty. Nakłuwając komorę tępą igłą stwierdzono znaczne jej rozszerzenie, a w czasie napadu drgawek, płyn mózgowo-rdzeniowy tryskał z igły strumieniem, zaś po napadzie strumień ustał; dalsze porcje płynu mózgowo-rdzeniowego wydobyto strzykawką, łącznie około 80 cm.

Po 3 takich nakłuciach komory w odstępach kilkudniowych, przy czym zawsze stwierdzano opisane zachowanie się mózgu i płynu mózgowo-rdzeniowego, stan padaczkowy ustąpił stopniowo w ciągu 10 dni.

Obecnie chory jest bez dolegliwości, drgawek nie ma, pozostało wzmożone napięcie mięśni prawych kończyn, chód o typie spastycznym, lecz swobodny, mowa zwolniona.

W podobny sposób postąpiono już w jednym przypadku stanu padaczkowego z dobrym skutkiem.

Nie jest dotychczas znane w literaturze takie postępowanie lecznicze w przypadkach stanu padaczkowego.

W dyskusji doc. St. Nowicki zauważa, że w przypadku przedstawionym przez dra Kanię zastosował odpuszczanie płynu mózgowo-rdzeniowego przez nakłucie komory, przychylając się do poglądu, że zmiany naczyniowo-ruchowe, powstałe w nadmiernie unaczynionej bliźnie mózgowej, mogą wywołać zwiększone zaburzenia w wydzielaniu i przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozmaite zaburzenia w tym zakresie zdolne są do dłużej trwającego wzmożenia ciśnienia śródczaszkowego, które może podtrzymywać stan padaczkowy. Wynik leczenia potwierdzałby te założenia. Przed kilku laty leczył w ten sam sposób podobny przypadek i również z dobrym wynikiem.

Doc. St. Nowicki (oddz. chirurgiczny Szpitala św. Łazarza) przedstawia dwa przypadki pourazowych ropni mózgu. Pierwszy z nich operowany w lutym 1945 r. jest zupełnie wyleczony, drugi przed 10 dniami, znajduje się w dobrym stanie. W obu przypadkach operowano w 4—5 tygodni po urazie, w okresie gdy torebka ropnia była wyraźnie wykształcona. Jednego z chorych przywieziono w stanie zupełnej nieprzytomności. Zabieg polegał na doszczętnym usunięciu ropnia razem z torebką i w jednym przypadku zaszyto szczelnie powłoki czaszki. Przebieg pooperacyjny bez szczególniejszych powikłań. Zaleca takie postępowanie, które zresztą stosował jeszcze przed wojną, jako właściwy sposób leczenia dla późniejszych ropni pourazowych mózgu.

Dr Jan Grabczyński (z oddz. chirurg. Szpitala św. Łazarza) przedstawia przypadek prawdziwej torbieli krezki jelita cienkiego. Pacjent od 16 miesięcy cierpiał na dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego. W dniu przyjęcia na Oddział bóle, wymioty, nudności o największym nasileniu. Badaniem klinicznym stwierdza się guz w podbrzuszu lewym, napięcie mięśniowe, zwolnienie tętna. Rozpoznanie przedoperacyjne, guz niewiadomego pochodzenia, przypuszczalnie w skręcie. Zabieg operacyjny: wycięcie jelita cienkiego z odpowiednią partią krezki i torbieli. Torbiel wielkości 2 pięści, przed jelitem część torbieli, wielkości pięści sina, napięta, przewężenie na wolnym brzegu jelita i poza jelitem torbiel druga wielkości pięści, pęknięta. Torbiel wypełniona skrzepami i drobnymi torbielkami bądź to galaretowatej treści, bądź to twardszej, aż do chrząstkowatej. Badanie drobnowidowe: *Endothelioma sarcomatodes*. Przebieg pooperacyjny gładki, chory wypisany z poleceniem naświetlań promieniami X.

Protokół

z posiedzenia naukowego z dnia 13 czerwca 1945 r.

Doc. Kowalczykowa Janina podaje następujące szczegóły wyniku sekcji chorego z *granuloma fungoides*, demonstrowanego na posiedzeniu w dniu 30 maja br.

Przypadek ziarniniaka grzybiastego znalazł swój epilog w obdukcji, która w zupełności potwierdziła kliniczne i anatomopatologiczne ujęcie przypadku. Przypadek ze względu na bardzo rozległe zmiany i to w różnych stadiach sprawy chorobowej od najstarszych, cofających się, do zmian świeżych zupełnie, trwających zaledwie kilka dni przedstawia dużą wartość. Zmiany typowe ziarniniaka grzybiastego stwierdzono przede wszystkim w narządzie krążenia. W sercu stwierdzono na wsierdziu oraz nasierdziu guzki o typowym dla ziarniniaka grzybiastego utkaniu, również śródmiąższowe zmiany w postaci *myocarditis interstitialis granulomatosa*. Zmiany w opłucnej przypominają obraz makroskopowy *lymphangoitis carcinoma-*

tosa, jednak są typowe dla ziarniniaka grzybiastego. Szczególnie ciekawe anatomicznie są zmiany w skórze i w węzłach limfatycznych, w obrębie których można śledzić anatomiczny rozwój sprawy chorobowej.

(Przypadek po dokładnym histologicznym opracowaniu zostanie ogłoszony drukiem w Przeglądzie Lekarskim).

W dalszym ciągu dyskusji nad przypadkami demonstrowanymi na posiedzeniu poprzednim w dniu 6. VI. 1945:

Doc. dr Tochowicz Leon w dyskusji nad przypadkiem przedstawionym przez dra Kubiczka przedstawia szereg rentgenogramów płuc chorego, u którego na podstawie 3-letniej obserwacji rozpoznano rozsianą postać płucną *sarcoidu Boecka*. Autor podkreśla, że rozpoznanie tej postaci schorzenia jest możliwe tylko na podstawie długiej obserwacji, przy wykluczeniu schorzenia gruźliczego płuc i na podstawie dobrotliwego przebiegu samego schorzenia. Do potwierdzenia rozpoznania może przyczynić się badanie histologiczne wycinka, uzyskanego z guzków na skórze, z powiększonych niekiedy gruczołów limfatycznych, albo migdałków, lub ze szpiku mostka. Cechą tego wycinka będą duże komórki nabłonkowate z owalnym bogatym w chromatynę jądrem bez cech rozpadu i serowacenia. Jakkolwiek przyczyna schorzenia jest niejasna, to jednak lokalizacja, podobieństwo do gruźlicy, niekiedy równocześnie występujących guzków na skórze i wreszcie opisywane przejście tej postaci schorzenia w prawdziwą gruźlicę, dają powód do przypuszczenia, że etiologicznie sarcoid Boecka najprawdopodobniej ma podłoże gruźlicze. Po zastosowaniu zastrzyków podskórnych arsenu u spostrzeganego przez siebie chorego, autor zauważył nieznaczną, ale wyraźną poprawę w obrazach rentgenologicznych i w ogólnym stanie chorego.

Następnie dr Wyrobek Emil podaje, iż przypadek powyższy obserwował przez okres dwóch lat nim postawiono rozpoznanie choroby Besnier-Boecka. Początkowo myślano tutaj o gruźliczej formie średnio i drobno guzkowej przywnękowej. Ponieważ jednak w ciągu 2-letniej obserwacji obraz radiologiczny płuc był stale ten sam, a ogólny stan chorego był zadawalniający rozpoznano chorobę Besnier-Boecka. Przypadek ten należy do rzadkich, albowiem brak było tu zwykle spotykanych objawów podobnych w postaci drobnych guzków w innych organach, a mianowicie w skórze, dalej w kościach, w błonie śluzowej jamy ustnej i nosa, następnie często spotykanych powiększonych gruczołów limfatycznych nadobojczykowych, łokciowych, szyjnych, pachowych i pachwinowych. Często w tej chorobie występuje również *irydo-cyclitis*, której u naszego pacjenta na przestrzeni 2 lat nie zaobserwowano. Rozpoznanie powyższego schorzenia z samego obrazu radiologicznego jest niezmiernie trudne, prawie niemożliwe. Wprawdzie istnieją pewne typowe zmiany w płucach jak poszerzenie, powiększenie oraz silniejsze wysycenie w cieniu gruczołów wnękowych, tchawiczno-oskrzelowych w postaci masywnych pakietów, oraz liczne drobne i średnie guzki rozsiane w górnych i dolnych partiach płuc, najintensywniej przywnękowo, jednakowoż podobne objawy wystąpić mogą również w postaci gruźlicy gruczołowej płuc, dalej w miliarce gruźliczej, w lymfogranulomatozie, w leucaemii, oraz w przerzutach limfatycznych mięsaka. O ile nie mamy typowych objawów w organach wyżej wymienionych, rozpoznanie radiologiczne możliwe jest tylko na podstawie obserwacji klinicznej, która po wykluczeniu innych schorzeń oraz stwierdzeniu że przebieg tego cierpienia jest chroniczny, dobrotliwy, często bez żadnych gorączek lub przy nieznacznym stanie podgorączkowym, że w przebiegu tego cierpienia nie stwierdza się poważnych, ogólnych zaburzeń, żadnych istotnych zmian w obrazie krwi, przy bardzo nieznacznym wzmożeniu opadu krwi lub w braku tego objawu, przy stale ujemnie występującej skórnej reakcji tuberkulinowej, skłonić może — tak jak w naszym przypadku było — do rozpoznania postaci płucnej choroby Besnier-Boecka.

Doc. Mikułowski zaznacza, iż obraz rentgenologiczny płuc marmurkowy i centkowany dowodzi na jakie trudności natrafić może rozpoznanie. Przypomina on bowiem żywo oprócz prosówki gruźliczej obraz prosówki nowotworowej, rakowej, krwiopochodnej, kiły płuc, pylicy, *periarteritis nodosa*, u dzieci obraz częstej tzw. prosówki kokluszowej i to dwojakiej tj. w przebiegu zapalenia płuc, drobnych oskrzelików, rozstrzeni oskrzelowych lub w przebiegu plamicy kokluszowej w związku z wynaczynieniami na wzór plamicy krwotocznej pochinino-wej. Oprócz tego przypadek porusza zagadnienie interpretacji odczynów tuberkulinowych i anergii na tuberkulinę u dzieci. Ze względu na to, że choroba Besnier-Boecka atakuje czasem gruczoły ślinianowe przyusznе i tęczówkę oka — nasuwa potrzebę różniczkowania ze zespołem Heerfordta, a także z tzw. chorobą Mikulicza, albo nawet z niektórymi powikłaniami ocznymi w przebiegu świnki (mumps), które w swoim czasie opisał. Choroba Besnier-Boecka zatacza więc szerokie kręgi i w niektórych krajach nasuwa potrzebę różniczkowania rozpoznawczego z chorobami egzotycznymi, jak trądem, a nawet prowadzi do stosowania antileprolu. Zespół tej reticuloendoteliozy był opisany u dzieci przez Groera i Meizelsa, a na krótko przed wojną przez Bujaka.

W dyskusji nad przypadkiem Besnier-Boecka demonstrowanym przez kol. Kubiczka podkreśla kol. Szczeklik etiologię gruźliczą tego cierpienia na podstawie spostrzegania chorego Bor... lat 42, którego ma przez 8 lat w swym leczeniu.

Choroba Besnier-Boecka rozpoczęła się najpierw u chorego Bor... jako duże powiększenie gruczołów wnękowych o typie spotykanym w gruźlicy gruczołowo-wnękowej. Okres ten trwał przez kilka lat i nie wpływał zbyt ujemnie na stan chorego, który przez cały ten czas pracował, mając tylko niekiedy stany podgorączkowe i nieduży kaszel. Przejście w chorobę Besnier-Boecka odbyło się u tego chorego przy wystąpieniu gorszego samopoczucia, chudnięcia, zwiększenia kaszlu, a przedmiotowo stwierdzano wówczas objawy charakterystyczne dla powiększenia gruczołów wnękowych (które zresztą i poprzednio stwierdzano), powiększenie śledziony (do 2-ch palców poniżej łuku żebrowego), trwające przez kilka miesięcy; nieznaczną zwyżkę OB (20 kilka przeciętna z 2-ch godzin). Rentgenolog (dr Wyrobek) znalazł wówczas duże guzy gruczołowe we wnękach, przechodzące nieregularnymi wypustkami głęboko w miąższ płucny. Innych zmian gruźliczych ani w płucach, ani w innych organach nie stwierdzono przez cały 8-mio letni okres obserwacji. Wymienione zmiany wykazywały charakter stały i prawie że nie spostrzegano postępowania lub cofania się sprawy chorobowej. Stan chorego przez cały ten czas zupełnie zadawalniający, chory pracował zawodowo jako inżynier budowlany. We wywiadach należy podkreślić gruźlicę płuc u rodziców i u rodzeństwa chorego, które kol. S. miał możność badać. Ciekawy może będzie szczegół, że brat chorego (młodszy) cierpi na bardzo dużego stopnia zmianę gruczołowo-wnękową o typie gruźliczym, która rozwinęła się w tym samym czasie co zmiany wnękowe u naszego chorego i była prawie jednakowa co do rozległości (tak że zdjęcia rentgenologiczne z obydwu chorych w owym okresie można było łatwo pomieszać), a która nie przeszła w chorobę Besnier-Boecka i utrzymuje się na tym samym stopniu do dnia dzisiejszego.

W dalszym ciągu dyskusji nad przypadkiem, demonstrowanym przez doc. Tochowicza z ostrym zapaleniem mięśnia sercowego zabierali głos dr Małkiewicz, doc. Tochowicz, prof. Oszacki i dr Ciećkiewicz, przytaczając swe spostrzeżenia w podobnych przypadkach:

Doc. dr J. Kowalczykowa:

W związku z przypadkami „sarcoidu" Besnier-Boecka chcę przedstawić anatomopatologiczny punkt widzenia odnośnie do tego schorzenia. Wedle przeważającego ostatnio poglądu wśród anatomopatologów jest to schorzenie o etjologii gruźliczej (Güthert i Hübner, Virchows Archiv 1944), cechujące się występowaniem w skórze i narządach wewnętrznych jak węzłach chłonnych, kościach, śledzionie i płucach, rozsianych, ogniskowych guzków, które histologicznie zbudowane są z komórek nabłonkowatych, z nielicznymi bardzo komórkami olbrzymimi typu Langhansa, bez serowacenia i z tendencją do włóknienia, zwłaszcza w częściach obwodowych. Ten pogląd jest uwzględniany w podręcznikach szkolnych dla studentów (A textbook of pathology, Beattie and Dickson, London 1943).

W tym oświetleniu przypadek przedstawiony przez kol. Tochowicza, Szczeklika i Wyrobka jest typowym przypadkiem choroby Besnier-Boecka ze zmianami w węzłach limfatycznych i śledzionie. Natomiast w stosunku do przypadku przedstawianego przez kol. Kubiczka możnaby mieć zastrzeżenia, z tym, że przypadek musi pozostać co najmniej nie rozstrzygnięty ostatecznie. Kol. Kubiczek opiera swoje stanowisko na trzech przesłankach: na przebiegu klinicznym, na obrazie rentgenologicznym i na badaniu bioptycznym punktatu ze zmiany w płucu. Łagodny i długotrwały przebieg sprawy chorobowej cechujący charakterystycznie chorobę Besnier-Boecka, określaną przez niektórych autorów jako zimna prosówka, może być również cechą przewlekłej i łagodnej formy gruźlicy płuc, w toku której pacjent przebył wysiękowe zapalenie opłucnej. W przebadanych pewnych sekcyjnie przypadkach choroby Besnier-Boecka anatomopatologicznie (Güthert i Hübner) chodziło zawsze o sprawy rozsiane,

ogniskowe, nie guzowate. Stwierdzane w badaniu bioptycznym komórki nie są charakterystyczne w obrazach przedstawionych przez kol. Kubiczka. Jeśli przyjmiemy, że tak a nie inaczej w badaniu bioptycznym wyglądają właśnie komórki charakterystyczne dla choroby Besnier-Boecka to i tak nie rozstrzyga to sprawy ostatecznie. Wiemy przecież, że utkanie guzków w chorobie Besnier-Boecka stanowią komórki nabłonkowate charakterystyczne skądinąd dla spraw gruźliczych. Zatem komórki nabłonkowate stwierdzone w badaniu bioptycznym dowodzić mogą zarówno sprawy gruźliczej typowej, jak i choroby Besnier-Boecka. W przypadku kol. Kubiczka może rozwinąć się obraz choroby Besnier-Boecka, może powstać owa forma „zimnej prosówki" ale na to w tej chwili dostatecznych dowodów nie ma.

Doc. Oszast podaje powody stosowania antileprolu w chorobie Besnier-Boecka przez Lomholta z Kopenhagi. Leczeniu temu miał sposobność przyglądać się w Kopenhadze w czasie swej pracy w Instytucie Finsena — i widział po tym środku dobre wyniki lecznicze także i w innych chorobach skórnych o etjologii przypuszczalnie gruźliczej *(erythematodes)*.

Doc. Kubiczek w związku z anatomopatologicznym punktem widzenia, przedstawionym przed doc. Kowalczykową zauważa, że jeśli chodzi o etjologię choroby Besnier-Boecka to w rzeczywistości większość autorów uważa za przyczynę tego schorzenia zakażenie gruźlicze. Jednakowoż co się tyczy postaci płucnych choroby Besnier-Boecka to obecnie rozróżniamy trzy postacie, a to postać z guzowatym powiększeniem gruczołów wnękowych, postać drobnoguzkową zajmującą miąższ obu płuc, przypominającą obraz prosówki gruźliczej, oraz trzecią postać smugowato-plamistą zlokalizowaną w całych płucach, przy czym szczyty płucne są wolne od zmian chorobowych (Kuznitzky i Bittorf, Kissmeyer, Martenstein, Pautrier, Aleksander). Dlatego też twierdzenie, że w postaciach płucnych chodzi zawsze tylko o sprawy rozsiane a nie guzowate stoi w sprzeczności z obserwacjami szeregu innych autorów. Ponieważ choroba Besnier-Boecka jest sprawą wybitnie dobrotliwą, przeto materiał sekcyjny jest stosunkowo niewielki a za życia chorego dowód histo-patologiczny da się przeprowadzić tylko w tych przypadkach, w których ogniska chorobowe są łatwo dostępne dla wykonania wycinków próbnych jak np. w przypadkach umiejscowienia w skórze, gruczołach chłonnych obwodowych, ewent. w kościach. Natomiast w przypadkach lokalizacji wyłącznie płucnej, a przy braku równoczesnych ognisk w miejscach łatwo dostępnych do pobrania materiału do badania histopatologicznego zmuszony jest klinicysta rzecz oczywista rozpoznanie oprzeć na innych danych. W przedstawionym przypadku na podstawie dobrotliwego, siedem lat trwającego przebiegu sprawy chorobowej oraz obrazu rentgenologicznego możnaby właściwie już klinicznie rozpoznawać chorobę Besnier-Boecka, o lokalizacji płucnej. Fakt, że chory w czasie obserwacji klinicznej przebył zapalenie wysiękowe opłucnej, przy braku zmian ogniskowych gruźliczych w miąższu płucnym, przy czym guz nie uległ zmianie, nie dowodzi wcale, że mamy tu do czynienia wyłącznie „z łagodną formą gruźlicy płuc". Wszak i choroba Besnier-Boecka jest również etjologii gruźliczej. Dlatego też wynik badania bioptycznego punktatu guza stanowi potwierdzenie rozpoznania. Komórki nabłonkowate przedstawiają się w rozmiarach zupełnie inaczej niż w preparatach histologicznych. Podobną różnicę, co jest zresztą zaletą badania bioptycznego rozmazów wykazuje również i szereg innych tworów komórkowych jeśli porównujemy preparaty histologiczne z odnośnymi obrazami widzianymi w rozmazach, np. różne rodzaje krwinek białych, komórki siateczki, komórki Sternberga, Gaucherowskie itd. W końcu należy zaznaczyć, że w rozmazach z przedstawionego przypadku nie można było wykazać objawów serowacenia, co w rozmazach daje się zawsze z łatwością rozpoznawać. Fakt ten również przemawiałby za chorobą Besnier-Boecka.

Dr Jarema z Kliniki neurologicznej U. J. przedstawia chorą lat 28, nauczycielkę, która od 6 mietięcy miewa bóle głowy, wymioty, upośledzenie wzroku, zaburzenia psychiczne. Ostatnio pewne trudności mowy.

Badanie: internistycznie bez zmian. Neurologicznie: tarcza zastoinowa ze znacznym upośledzeniem wzroku, afazja amnestyczna, poza tym nic patologicznego. Psychiatrycznie: zwolnienie psychoruchowe, senność, obojętność, utrata pamięci zwłaszcza ostatnich przeżyć. Rozpoznanie guza mózgu pewne, lecz trudna lokalizacja. Oparto się tu na istnieniu afazji amnestycznej, dla której przyjęto umiejscowienie parietalne. Przypadek potwierdza słuszność wydzielenia trzeciej formy afazji i umiejscowienia jej w *lob. pariet. sin.*

W związku z tym przypadkiem, dr Laszczak z Oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza przedstawia, iż chora ta przebywała na oddziale neuro-chirurgicznym we Wrocławiu, gdzie, mimo przeprowadzonych badań i odmy komorowej nie sprecyzowano rozpoznania, a guza nie umiano zlokalizować.

W Klinice neurolog. zlokalizowano guz między innymi na podstawie afazji amnestycznej.

Wobec narastających objawów, ograniczenia pola widzenia obrzęku tarczy n. wzrok., oraz niemoty, przystąpiono do zabiegu i usunięto guz wielkości małej pomarańczy, zrośnięty z oponą twardą na przestrzeni 5 złotówki. Ubytek w oponie pokryto wolnym przeszczepem powięzi szerokiej uda.

Obecny stan chorej, a więc poprawa w zakresie mowy i charakter usuniętego guza pozwalają rokować dość pomyślnie na przyszłość.

W związku z przypadkiem demonstrowanym przez dra Jaremę i dra Laszczaka — doc. Brzezicki stwierdza, iż jest on z wielu przyczyn bardzo interesującym.

Otóż okazuje się, że duży nowotwór wielkości mandarynki, uciskający i drażniący korę mózgową lewej półkuli mózgowej, tej półkuli która mieści w sobie tyle funkcyj i tyle „centrów" ruchowych, gnostycznych i praktycznych, nie dał właściwie żadnych wyraźnych objawów, któreby ułatwiły lokalizację. Jedynie zwiewne objawy afazji amnestycznej były wskaźnikiem toczącego się uszkodzenia kory mózgowej.

Sprawa lokalizacji wyższych funkcyj mózgowych nie jest taką jasną jakby się nam mogło wydawać. Specjalnie lokalizacja „centrów" mowy, gnozji i praksji nie jest tak prostą jak np. funkcyj ruchowych. Przypomnę tylko, że taki znawca neurologii jak Pierre Marie zaatakował pojęcie istnienia centrum Broca a współczesny neurolog Pötzl przyjmuje istnienie w sferze parietalnej osobnego „centrum" afazji sensorycznej.

Lokalizacja afazji amnestycznej zawsze była przedsięwzięciem niepewnym. Pitres opisując *syndrom amnesie verbale* lokalizował ją w przedniej części *operculum*. Lichtheim tworzy koncepcję afazji transkortykalnej motorycznej a Liepmann uważa afazję amnestyczną za rozcieńczenie transkortykalnej afazji motorycznej. Jednakże Goldstein lokalizuje tę afazję amnestyczną nieco poniżej *gyrus angularis* a więc bardzo daleko ku tyłowi.

Rozumiem, że przy preponderancji jednej półkuli nad drugą, można zawsze myśleć o zastępczym działaniu drugiej półkuli, ale prof. Spatz w Monachium pokazywał mi mózg człowieka, który nigdy nie cierpiał na afazję za życia a sekcyjnie stwierdzono u niego rozlane, arteriosklerotyczne uszkodzenie obustronnych płatów temporalnych.

Dlatego też ten przypadek jak i przypadek demonstrowany jest także ciekawym przyczynkiem dla ważnego dla nas psychiatrów problemu duszy i ciała. Wiemy że mózg jest substratem funkcyj psychicznych oraz funkcyj prawie psychicznych jak mnestyczno skojarzeniowe funkcje, o których w tym przypadku mówimy.

Kora mózgowa lewej półkuli u praworęcznego osobnika uszkodzona przez olbrzymi nowotwór uciskający tę korę nie wykazuje wypadu objawów takich jakichby się można było spodziewać. Widzimy, że mózgu nie można traktować jako centrali telefonicznej, gdzie uszkodzenie aparatu daje wypad funkcji — trzeba pamiętać także o kierownictwie nadrzędnym *„psyche"*, która ma decydujące znaczenie. Myślę także, że przyznać trzeba mózgowi ludzkiemu zdolność, którąbym nazwał plastycznością systemu nerwowego, zdolność, która nie znosząc pojęcia „centrów" pozwala na daleko idące przesunięcia, którebym nazwał pozatem mechanizmem sprzęgła ślizgowego, które sprzęga czynności na dużej przestrzeni swojej tarczy a nie w punkcie centralnym przy dużej zdolności plastycznej. Dla mnie Pawłow'owski pogląd, widzący w mózgu tylko centralę odruchów warunkowych jest zbyt symplicystycznym poglądem. Na razie zatem rozważając problemy o „centrach" wyższych funkcyj mózgowych powinniśmy wspólnie z du Bois-Reymondem zawołać *„ignoramus et ignorabimus"*.

W dalszym ciągu posiedzenia doc. Włodzimierz Mikułowski wygłosił odczyt pt.: Żółtaczka noworodków a problem alergii. W odczycie tym powiedział prelegent:

Podczas gdy dawniejsze teorie: Epsteina, Frericha, Quinckego, Brechet, na temat mechanizmu żółtaczki noworodków przeszły do historii — odkrycie Chauffarda i Minkowskiego z początku XX-go wieku o nowym pojęciu kli-

nicznym żółtaczki hemolitycznej uprzytomniło pediatrom potrzebę doszukiwania się analogii hematologicznej tej świeżej jednostki chorobowej ze zjawiskiem żółtaczki noworodków. Jak żółtaczka hemolityczna jest skutkiem destrukcji krwinek czerwonych, tak i żółtaczka noworodka jest następstwem rozpadu nadmiernej ilości krwinek (5,5—6 mil. zamiast 4,5—5 mil.) Wybitna hyperglobulia, z którą dziecko przychodzi na świat, była niezbędnie potrzebna w czasie życia śródmacicznego, kiedy płód miał tylko ubogą w tlen krew łożyskową. W życiu pozamacicznym nadmiar krwinek przestaje być potrzebny — stąd hemoliza. Krwinki wykazują również zmniejszoną odporność na hypotoniczne rozczyny soli kuchennej, przedstawiają postacie ziarniste, jądrzaste i myelocyty. Zwiększonemu rozpadowi krwinek sprzyja nagłe oziębienie ciała noworodka przy urodzeniu, sprzajają urazy u płodu, jak krwiaki czaszkowe, narkoza chloroformowa matki, wzmożona utrata wody u płodu po urodzeniu i przez to zagęszczenie krwi u noworodka, oraz wszelkie postacie tzw. niedorozwoju płodu. Teoria hemolityczna Hallez spotkała się z uzupełnieniem i modyfikacją ze strony Lereboulleta i Ylpö, którzy dopatrują się istoty żółtaczki noworodków częściowo w hemolizie, częściowo także w niedomodze wątroby, niedostosowanej do funkcji eliminacyjnej żółci przez drogi żółciowe i jelitowe zamiast przez krążenie pępkowo-łożyskowe z okresu życia śródmacicznego. Według tej teorii utrakwistycznej żółtaczka noworodka jest częściowo hemolityczna, częściowo zastoinowa, czyli mechaniczna. Prace doświadczalne na zwierzętach Goldblooma z 1930 r. nad hyperglobulią świnek morskich umieszczonych w kamerach pod ciśnieniem pół atmosfery i następowym spadkiem krwinek w zwykłej atmosferze, oraz prace Adlerów nad zwiększoną zawartością żelaza w wątrobie w pierwszych dniach życia u zwierząt w związku z rozpadem krwinek czerwonych — potwierdzają trafność teorii hemolitycznych żółtaczki noworodka ludzkiego.

Szereg obserwacyj klinicznych upoważnia referenta do tego, aby niezależnie od wspomnianych analogii hematologicznych dopatrywać się w żółtaczce noworodka zjawisk natury alergicznej. Referent opisał przypadki samorodnej choroby surowiczej u dzieci z gruźliczym zapaleniem otrzewnej, u dziecka z gruźliczym plastycznym zapaleniem stawów, u dziecka chorego na wielorakie zapalenie błon surowiczych na tle gruźliczym — u których w związku z resorbcją wysięków obserwował zjawiska alergiczne w postaci wysypki krwotocznej, pokrzywki, artralgii, leukopenii, hipotonii i oligurii. Referent opisał częstość wczesnej żółtaczki, wyprzedzającej wysypkę lub współistniejącej z wysypką w przebiegu płonicy (w $70^0/_0$-ch przypadków płonicy), obserwował przypadki zjawiania się w przebiegu żółtaczki nieżytowej zakaźnej (tzw. jesiennej) zespołów alergicznych w postaci wysypek pokrzywkowych, lub podobnych do odry, wysypek, które albo wyprzedzały, albo towarzyszyły żółtaczce albo po niej występowały. Referent zauważył, że dyskretna żółtaczka płoniczna ulega nasileniu na skutek uprzedniego podania choremu podskórnie histaminy. W jednym przypadku żółtaczki hemolitycznej zastosował referent próbę Widala oziębienia rąk i wywołał w skutku kryzę żółtaczkową w postaci żółtaczki na skórze, zwiększonej bilirubinemii, urobilinurii z białkomoczem, w innym przypadku żółtaczki hemolitycznej próba Widala wypadła ujemnie, natomiast doskórne wstrzyknięcie metodą Eppingera histaminy sprawiło w skutku odczyn guzkowy o typie pokrzywkowym z zabarwieniem żółtym na obwodzie, a więc sprowokowało miejscową żółtaczkę z utajenia. Raz uraz zimna staje się ekwiwalentem histaminy, kiedy indziej staje się bodźcem dla histaminy, zdeponowanej zdaniem Levisa w skórze — do zadziałania humoralnego. Mechanizm odczynu histaminowego nie jest dokładnie znany. Przypadki choroby surowiczej spontanicznej w przebiegu resorbcji procesów wysiękowych gruźliczych, przypadki żółtaczki sezonowej, nieżytowej, powikłanej zespołem choroby surowiczej, przypadki żółtaczki płonicznej wczesnej, przypadki zaostrzenia i ujawnienia żółtaczki pod wpływem histaminy, lub pod wpływem urazu zimna — wszystkie one stanowią zjawiska alergiczne i nasuwają analogie z żółtaczką noworodka. Alergia jest zjawiskiem nietolerancji wątroby na białko. W czasie shocku alergicznego przychodzi w komórkach ustroju do powstawania ciał natury histaminowej, tj. o takim jak histamina działaniu. Przy rozpadzie hemoglobiny w czasie procesu hemolizy u noworodka ma miejsce rozpad ciał białkowych hemoglobiny, a więc i rozpad globiny, która jest szczególnie bogata w histidynę. Pod wpływem histidazy, tj. fermentu w wątrobie odbywa się dalsze rozszczepienie histidyny na histaminę. Wątrobie przypada wybitna rola termogenna i 1/3 produkcji ciepła w ustroju ludzkim przypada temu narządowi nawet w czasie postu. Ponieważ u noworodka akcja termogenna wątroby jest upośledzona, łatwo zrozumieć, że uraz zimna jest w tym okresie bardziej niepożądany. W przypadkach wcześniactwa i w przebiegu żółtaczki noworodków hipotermia uchodzi za wyraz niewydolności komórek wątrobowych. Zjawisko hemolizy odbywa się przy współuczesnictwie wątroby, której funkcja proteolityczna jest niezbędna do należytego przerobienia produktów rozpadu białkowego hemoglobiny. Podobnie jak funkcja termogenna także funkcja proteolityczna jest tym sprawniejsza, im komórki wątrobowe są bardziej wykształcone, a tym mniej doskonała, im narząd mniej dojrzały. Procesy nietolerancji białkowej łatwiej zachodzą w ustroju noworodka, niż dziecka starszego o bardziej doskonałym narządzie wątrobowym. To też u noworodka spotyka się tak dużo objawów alergicznych, że można mówić o zespole alergicznym noworodków. Do tego zespołu można zaliczyć oprócz żółtaczki wysypki „toksyczne", obrzęki, w szczególności powiek, wzgórkal onowego, uda, obrzęki gruczołów sutkowych, wodniak jądra, krwotoki (mikroskopijne) z pochwy, eozynofilię, leukopenię, obrzęk leukopeniczny śledziony, zaburzenia odczynu Wassermanna itp.

Sekretarz: *(Zbigniew Oszast)* Prezes: *(Franciszek Walter)*

Z IZBY LEKARSKIEJ W KRAKOWIE

POLSKI ZWIĄZEK ZACHODNI
Zarząd Okręgowy na województwo krakowskie
L. dz. 716

Kraków, dnia 26 września 1945 r.

Do
Izby Lekarskiej
w Krakowie

W sprawie zorganizowania planowego przesiedlania pracowników służby zdrowia na ziemie zachodnie, P. Z. Z. w Krakowie rozesłał pod datą 5. 9 b.r. ankietę do wszystkich starostw i magistratów na Śląsku Opolskim i Dolnym, celem zebrania konkretnych danych orientacyjnych.

W miarę otrzymywania odpowiedzi będziemy przesyłać w odpisach do Izby Lekarskiej te, które zawierać będą pozytywne dane, a to dla odpowiedniego spożytkowania, a w szczególności celem podania ich w sposób, jaki Izba uzna za stosowne do szerszej wiadomości sfer interesowanych.

Ze swej strony prosimy, by te osoby, które na skutek tej akcji zdecydują się na wyjazd i przesiedlenie się skierować do biura P. Z. Z. ul. Floriańska 55, gdzie otrzymają dalsze wskazówki co do formalności związanych z przesiedleniem się.

Dyrektor Biura
(—) *Dr E. Golczewski*

Pełnomocnik Rządu R. P.
na Obwód XXIV
w Kłodzku
Referat zdrowia
Nr 133/zdr./45

Do
Ob. Dr Golczewskiego
Polski Związek Zachodni
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo L. Dz. 611/45 Społ. z dnia 5. 9 1945 zawiadamiam, że na terenie miasta i powiatu Kłodzko potrzebne są następujące siły lekarskie i personel pomocniczy:

3 lekarzy internistów
1 lekarz laryngolog

1 lekarz okulista
1 lekarz pediatra
4 lekarzy dentystów
1 technik dentystyczny
1 mgr farmacji
5 sióstr pielęgniarek dypl.
1 kontroler sanitarny
4 dezynfektorów
10 akuszerek na gminy zbiorowe

Odnośnie lekarzy med. i lekarzy dent. oraz magistrów farmacji to ci winni zgłosić się u Wojewódzkiego Naczelnika Wydz. Zdrowia Ob. Dr Snarskiego w Lignicy skąd otrzymają nominacje.

Personel pomocniczy zostanie zatrudniony przez lekarza powiatowego, dokąd winien się zwrócić z odpowiednimi dokumentami.

Lekarze przybywający na teren będą mieli w miarę możliwości przydzielane gabinety lek. poniemieckie, zaś lekarze dent. objąć mogą bezpośrednio gabinety dentystyczne poniemieckie kompletnie wyposażone.

Magister farmacji może zaraz również objąć aptekę poniemiecką urządzoną i częściowo zaopatrzoną w towar.

Odnośnie płac to sprawa ta jeszcze dotychczas nie została ustalona.

Wyżywienie otrzymują wszyscy w stołówkach, innych przydziałów żywnościowych nie ma.

Zarząd Miasta
Wydział Zdrowia
w Lignicy
L. 127/45 K. H. Lignica, dn. 19. 9 1945 r.

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojew. Zarząd Okręgowy
w Krakowie
ul. Floriańska 55

Odnośnie do pisma z dnia 6 września 1945 r. L. 611/45 Społ. w sprawie zorganizowania planowego przesiedlenia pracowników służby Zdrowia na nowo uzyskane ziemie zachodnie komunikuję, że w tej chwili Miejski Wydział Zdrowia w Lignicy może zatrudnić 3 kwalifikowanych dezynfektorów oraz 1 kontrolera sanitarnego.

Warunki mieszkaniowe jak i aprowizacyjne są możliwe

Miejski Wydział Zdrowia
Lekarz Miejski
Pieczęć: Dr Kertyński Janusz
Lekarz
(—) *Dr Kertyński Janusz*

Zarząd Miejski
w Oławie
L. 215/45 *Oława, dnia 21. 9 1945*

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9 45 Nr 611/45 Społ. zawiadamiamy, że na terenie miasta Oławy daje się silnie odczuć brak fachowców, na razie posiadamy tylko jednego lekarza (lek. pow.), aptekarza, lekarza weterynaryjnego.

Brak nam przynajmniej jednego lekarza, lekarza dentysty i technika dentystycznego, szpital jest prowadzony przez lekarza powiatowego (w szpitalu brak apar. rengenolog.).

Warunki mieszkaniowe są na razie nie najgorsze, można dostać mieszkanie z urządzeniem wewnętrznym w dobrym stanie.

Płace są takie jak w państwowych urzędach Polski centralnej. Kartki żywnościowe i stołówki umożliwiają życie.

za Burmistrza
(podpis nieczytelny)
(—) *J. Axentowicz*

Pełnomocnik Rządu R. P.
na Obwód Nr 9 w Namysłowie
I/8/839 *Namysłów, dnia 17. 9 1945 r.*

Do
Polskiego Związku Zachodniego
Wojewódzki Zarząd Okręgowy
w Krakowie

W odpowiedzi na pismo z dnia 5. 9 1045 r., komunikuję, iż na terenie m. Namysłowa będzie otwarty szpital, lokal obecnie remontuje się. Przewiduje się uruchomienie działów: zakaźnego, dermatologicznego, wewnętrznego, operacyjnego, ginekologicznego.

Urządzeń ani instrumentów nie ma. Mieszkania będą, meble skromne mogą być. Płaca ustalona będzie przez Wydział Zdrowia U. W., stołówka jest, przydziały żywnościowe zależą od przydziałów z Urzędu Wojewódzkiego. Obecnie jest 2 lekarzy (1 wolno-praktykujący, drugi przy P. U. R.). W najbliższych dniach przybywa nowomianowany lekarz powiatowy.

Lekarza dentysty nie ma. Żadnych gabinetów ani instrumentów dentystycznych nie ma. Dentysta ma zapewniony stały dobry dochód.

Apteka jedna jest zajęta, wyposażona w towar jest dobrze.

Sprawa służby sanitarnej będzie aktualna dopiero po uruchomieniu szpitala.

Mieszkania przydziela się bez mebli, kwestia mebli jest obecnie ciężka ze względu na ich brak, zniszczenie miasta w 40⁰/;. Miasto osiedlone w 90⁰/;.

Warunki aprowizacyjne jeżeli chodzi o przydziały — ciężkie, przydziela się chleb, w najbliższych dniach będą przydziały tłuszczu i zapałek.

Na wolnym rynku można nabyć wszystkie artykuły spożywcze, ceny są nast., mięso 40 zł., chleb sitkowy 7,50 zł., biały 20 zł., słonina 280 zł., masło 220—250 zł.

Na terenie miasta jest czynna elektrownia, wodociągi, fabryka lemoniady, w remoncie browar.

Inne zakłady jeszcze nie są przekazane, znajdują się w ręku Władz Sowieckich.

Pełnomocnik Rządu R. P.
(—) *Nowacki Tadeusz*

Lista strat (c. d.)

137. Dr Malinowski Gustaw z Bierzanowa, zm. śm. nat. 10. IX. 1939.
138. Dr Marguljes Wolf z Krakowa, zm. śm. nat. 28. II. 1940.
139. Dr Marczewski Józef z Częstochowy, zm. śm. nat. 25. IV. 1944.
140. Dr Markowski Stanisław z Radomia, zm. śm. nat. 16. XII. 1944.
141. Dr Macieszyna Sabina z Krakowa, zm. śm. nat. w styczniu 1942.
142. Dr Maciąg Adam z Krakowa, zaginął.
143. Dr Medyński Władysław z Krakowa, zmarł w Crkvenicy 22. II. 1942.
144. Dr Mischke Tadeusz z Krakowa, zmarł w r. 1944.
145. Dr Mintz Bernard z Krakowa, zm. śm. nat. 16. IX. 1939.
146. Dr Mirowska Eugenia z Krakowa, zmarła w obozie w ghetto 20. VII. 1941.
147. Dr Milbert Feliks z Sandomierza, zginął w Hamburgu 11. I. 1942.
148. Dr Michalski Wiktor z Krakowa, zm. śm. nat. 29. X. 1944.
149. Dr Michalikowa, zginęła w Oświęcimiu.
150. Dr Mikołajkow Aleksander z Dębicy, zm. śm. nat. 24. VIII. 1944.
151. Dr Młynarkiewicz Zdzisław z Krakowa, zm. śm. nat. 1. X. 1940.
152. Dr Mściwujewski Seweryn z Muszyny, zm. śm. nat. 21. XI. 1944.
153. Dr Müllerowa Rachela z Tarnowa, zmarła w Ameryce 4. III. 1940.

154. Dr Mrozowski Władysław z Radomia, zm. śm. nat. 26. XI. 1943.
155. Dr Münz Emil z Krakowa, zmarł w r. 1941.
156. Dr Menasse-Zuckerowa zastrzelona w Jaśle, w październiku 1943.
157. Dr Natel Ela z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
158. Dr Nikolski Mikołaj z Szydłowca, zm. śm. nat. 7. IV. 1942.
159. Dr Nowosielski Seweryn z Rabki, zm. śm. nat. 11. X. 1942.
160. Dr Nowiński Bolesław z Bochni, zm. śm. nat. 29. IV. 1945.
161. Dr Nowak Stanisław z Częstochowy, zginął w Oświęcimiu 3. VII. 1940.
162. Dr Ostromęcki Bohgdan z Warszawy, zm. śm. nat. 12. V. 1942.
163. Dr Orwicz Mieczysław z Zakopanego, rozstrzelany 5. VIII. 1944.
164. Dr Pieńkowski Stefan prof. U. J. z Krakowa, zginął w Katyniu.
165. Dr Pokrywa Stefan z Ostrowca, zm. śm. nat. 16. III. 1943.
166. Dr Palin Bruno z Krakowa, zastrzelony w ghetto 13. III. 1943.
167. Dr Pawliger Leon z Krakowa, zginął w Rohatynie wiosną 1942.
168. Dr Pechner Maria z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
169. Dr Pechner Henryk z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
170. Dr Puchalski Mieczysław z Krakowa, zm. śm. nat. 6. XI. 1942.
171. Dr Potok Hieronim z Tarnowa, zmarł 17. VII. 1944.
172. Dr Peltyn Bolesław z Warszawy, zmarł 23. III. 1942.
173. Dr Pracki Tedeusz z Sandomierza, zm. śm. nat. 11. X. 1941.
174. Dr Praetzel Gustaw z Krakowa, zmarł 19. I. 1942.
175. Dr Pilecki Łazarz z Krakowa, zm. śm. nat. 27. III. 1940.
176. Dr Preiss Witold z Krakowa, zginął w Oświęcimiu w r. 1942.
177. Dr Porański Wilhelm z Krakowa, zmarł we więzieniu 1942.
178. Dr Radwański Stanisław z Osieka, zm. śm. nat. 27. IV. 1944.
179. Dr Reichmann Jerzy z Krakowa, zginął od bomby 17. I. 1945.
180. Dr Renner Zygmunt z Krakowa, zm. śm. nat. 11. X. 1942.
181. Dr Reiner Otmar z Krakowa, wywieziony do Bełzca we wrześniu 1942.
182. Dr Rubinstein Dawid i
183. Dr Rubinstein Dora — oboje z Krakowa, wywiezieni do Bełzca we wrześniu 1942.
184. Dr Rosemzweig Henryk z Krakowa, wywieziony do obozu koncentracyjnego w Niemczech w roku 1944.
185. Dr Rost Bronisław z Krakowa, zastrzelony w Radomiu 8. VIII. 1942.
186. Dr Rosen Marceli z Częstochowy, zmarł 2. IX. 1940.
187. Dr Ryttel Antoni z Kielc, zmarł 5. III. 1941.
188. Dr Rzążewski Henryk z Tarnowa, zginął 15. IV. 1943.
189. Dr Salomon Samson z Krakowa, zmarł w obozie koncentracyjnym w Niemczech w r. 1944.
190. Dr Schwarz Zygfryd z Krakowa, zastrzelony w Jaśle w październiku 1943.
191. Dr Sikora Sikorski Jan z Kielc, zm. śm. nat. 21. IV. 1944.
192. Dr Schreiber Bazyli z Kunowa, zm. śm. nat. 29. III. 1944.
193. Dr Schlank Józef z Krakowa, zginął w Oświęcimiu 31. VII. 1942.
194. Dr Schatz Jakub z Radomia, zmarł 28. IV. 1942.
195. Dr Sierosławski Władysław z Krakowa, zm. śm. nat. 23. I. 1942.
196. Dr Stenzel Władysław z Krakowa zastrzelony w Płaszowie w październiku 1943.
197. Dr Schenkel Bronisława z Tarnowa, zginęła.
198. Dr Spira Józef z Krakowa zginął we wrześniu 1939.
199. Dr Silberberg Berta i
200. Dr Silberberg Stefania — obie z Krakowa, wywiezione do Belzca we wrześniu 1942.
201. Dr Stern Natan z Krakowa, zginął w Sandomierzu w r. 1943.
202. Dr Szajnowa Maria z Częstochowy, zmarła 26. XI. 1940.
203. Dr Świerz Witold z Krakowa, zm. śm. nat. 13. VI. 1940.
207. Dr Sędzimir Czesław z Krakowa, zm. śm. nat. 7. II. 1940.
205. Dr Spannbauer Karol ze Suchej, zm. śm. nat. 4. II. 1940.
206. Dr Szczepaniak Antoni z Radomia, zm. śm. nat. 20. I. 1940.
207. Dr Skórski Włodzimierz z Żywca, zm. śm. nat. 22. IX. 1939.
208. Dr Szczeklik Karol z Krakowa, zginął od bomby 3. IX. 1939.
209. Dr Szwarc Jan ze Skawiny, zm. śm. nat. 5. XII. 1942.
210. Dr Szatz Jakub z Radomia, zginął 28. IV. 1942.
211. Dr Szancenbach Jan z Krakowa, zaginął.
212. Dr Schinagel Emil z Krakowa, zginął w r. 1943.
213. Dr Trzebicky Rudolf z Krakowa, zm. śm. nat. 2. XII. 1941.
214. Dr Türschmidt Wilhelm z Tarnowa, zginął w Oświęcimiu 19. VI. 1942.
215. Dr Tworowski Michał z Kielc, zginał w Oświęcimiu 17. II. 1943.
216. Dr Tutlis Łucjan z Włoszczowy, zmarł 3. V. 1943.
217. Dr Thur Regina i
218. Dr Thur Zygmunt — oboje z Krakowa zginęli podczas ucieczki z ghetta w listopadzie 1942.
219. Dr Teichner Sabina z Krakowa, zaginiona.
220. Dr Turkowski Bruno z Zakopanego, zaginął.
221. Dr Urbanowski Albin z Zagnańska, zm. śm. nat. 10. III. 1943.
222. Dr Wachholz Leon z Krakowa, prof. U. J. zm. śm. nat. w Krakowie 28. VIII. 1942.

223. Dr Wasserberg Dora i
224. Dr Wasserberg Paulina — obydwie z Krakowa, zastrzelone w Jaśle w październiku 1943.
225. Dr Wander Leon z Krakowa, zginął we wrześniu 1939.
226. Dr Wernikowski Wiktor, zmarł 2. III. 1941.
227. Dr Weber Henryk z Krakowa, zmarł w r. 1944.
228. Dr Węcewicz Wacław z Zawiercia, zmarł 25. XII. 1941.
229. Dr Weissberg Rachela z Częstochowy, zmarła 20. VII. 1943.
230. Dr Wierzbicki Gustaw z Grybowa, zmarł 12. V. 1943.
231. Dr Wroński Stefan z Radomia, zginął w Oświęcimiu 21. VI. 1941.
232. Dr Wilson Ryszard z Oświęcimia, zginął 18. X. 1939.
233. Dr Wrześniowski Władysław, zmarł 25. II. 1940.
234. Dr Wróblewski Wincenty z Krakowa, zm. śm. nat. 21. I. 1942.
235. Dr Wyleżyński Jan z Końskich, zmarł 17. I. 1945.
236. Dr Wójcik Wacław z Lipienic, zmarł 2. XI. 1942.
237. Dr Wiśniewski Józef z Krakowa, zm. śm. nat. 28. VIII. 1942.
238. Dr Wandstein Lila z Krakowa, wywieziona do obozu koncentracyjnego w Niemczech w r. 1944.
239. Dr Zasucha Wincenty z Kielc, zm. śm. nat. 26. IV. 1942.
240. Dr Zatłokal Rudolf z Jasła, zm. śm. nat. 27. II. 1942.
241. Dr Zbrożek Feliks z Końskich, zmarł 29. VIII. 1939.
242. Dr Zbyszewski Jerzy z Borowej, zm. śm. nat. 6. VIII. 1944.
243. Dr Zaks Wanda z Krakowa, wywieziona do Bełzca w r. 1942.
244. Dr Ziarko Jan z Krakowa, zm. śm. nat. 14. III. 1942.
245. Dr Zucker Emanuel z Jasła, zastrzelony w październiku 1943.
246. Dr Zylber Adam z Krakowa, zginął w Złoczowie.
247. Dr Zylberszlak Stanisław z Kielc, zginął 19. IX. 1940.
248. Dr Żuliński Edward z Krakowa, zm. śm. nat. 27. XII. 1940.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE

ZWIĄZEK LEKARZY KAS CHORYCH
w KRAKOWIE.

Kraków, dnia 1 październ. 1945.

Do Lekarzy
Ubezpieczalni Społecznej

Nadzwyczajne Walne Zebranie „Zrzeszenia Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Warszawie“ powzięło dnia 12. 8. r. b. uchwałę powołać do życia „Ogólnopolski Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społecznych“ i zwołać w tym celu konferencję delegatów lekarzy Ubezpieczalni Społecznych.

Wobec niedojścia do skutku Zjazdu Lekarzy w Łodzi z końcem września br., konferencja ta odbędzie się w Krakowie dnia 3 i 4 listopada 1945.

Prosimy o jak najszybsze podanie nazwisk delegatów. Na konferencji tej omawiane będą następujące tematy:
1) Sprawa bytu lekarzy Ubez. Społ.
2) Utworzenie Ogólnopolskiego Związku Lekarzy U. S.
3) Powszechna Służba Zdrowia.
4) Oddzielenie ubezpieczeń: chorobowego, inwalidzkiego i wypadkowego od ubezpieczeń długoterminowych i oddanie ich pod kompetencję Ministerstwa Zdrowia.
5) Wolne wnioski.

Zgłoszenia prosimy nadsyłać pod adresem:
Dr Jan Gołąb — Kraków, ul. Zyblikiewicza 5. (tel.: 547-38)

Za Komitet organizacyjny:

(-) *Dr Adam Swat*
Sekretarz

(-) *Dr Jan Gołąb*
Prezes

Zarząd Miejski w Kielcach

Kielce, dn. 1. IX. 19 5 r.

KONKURS

Zarząd Miejski w Kielcach ogłasza niniejszym konkurs na stanowiska:

1) Dyrektora Szpitala Miejskiego z wynagrodzeniem według V gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny, rodzinny i funkcyjny.

2) Ordynatora internisty z poborami według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

3) Ordynatora chirurga z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

4) Ordynatora ginekologii z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

5) Ordynatora położnictwa z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

6) Ordynatora Oddziału Zakaźnego z wynagrodzeniem według VI gr. up. dla pracowników samorządowych, zwiększonym o dodatek wojenny i rodzinny.

Kandydaci na powyższe stanowisko złożą oferty w Wydziale Ogólnym Zarządu Miejskiego w Kielcach z podaniem życiorysu, wyszczególnieniem odbytych studiów i dotychczasowej pracy.

Do podania należy dołączyć poświadczone odpisy dyplomów, świadectw szkolnych i pracy.

Termin składania podań upływa z dniem 30 września 1945 r.

Prezydent Miasta Kielc
(—) *J. Łukawski*

KONKURS

Ubezpieczalnia Społeczna w Rzeszowie ogłasza niniejszym konkurs na stanowisko lekarzy Ubezpieczalni, a mianowicie:

1) na stanowisko lekarza specjalisty bakteriologa z siedzibą w Rzeszowie z wynagrodzeniem 5 godzin pracy dziennej specjalistycznej;

2) na stanowisko lekarza domowego z siedzibą w Łańcucie, pełno zatrudnionego tj. 5 godzin pracy dziennej (w tym odwiedzanie obłożnie chorych w domu).

Podania należycie udokumentowane wraz z własnoręcznie napisanym życiorysem należy wnosić do Ubezpieczalni Społecznej w Rzeszowie, ul. Hetmańska 17, w terminie do dnia 15 października 1945 r.

Lekarz Naczelny: Dyrektor:
(Dr *Balicki Wł.*) (Mgr *Mucha Wł.*)

Kraków, dnia 12. 9. 1945 r.

L. Z. I—b/59/45

KONKURS

Urząd Wojewódzki Krakowski na mocy przepisów § 10 obowiązującej ustawy austr. z dnia 28 lipca 1897 r. (Dz. U. Kr. Nr. 47 i okólnika Urzędu Wojew. Krak. Nr. 22. z dn. 23 lipca 1945 r. L. S. A. IV7 2/45 Dz. Wojew. Nr. 4 poz. 14 z dnia 1 sierpnia 1495 r.) ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora szpitala powszechnego w Żywcu.

Kandydaci ubiegający się o nadanie tego stanowiska winni dołączyć do podania następujące załączniki:

1. poświadczenie obywatelstwa polskiego (wierzytelny odpis);
2. dyplom lekarski (wierzytelny odpis);
3. dowody specjalnych kwalifikacji ze szczególnym uwzględnieniem gruntownej znajomości chirurgii i ginekologii operacyjnej, leczenia fizykalnego oraz znajomości rentgenologii;
4. dowody beznagannej przeszłości;
5. życiorys.

Podania należy wnosić do rzędu Wojewódzkiego Wydział Zdrowia w nieprzekraczalnym terminie do 1 listopada 1945 r.

Wojewoda

NAJBLIŻSZE POTRZEBY SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE *)

1. Liczba lekarzy w Polsce spadla z 12.000 w r. 1939 na mniej więcej 7.000 w r. 1945. Trzy do czterech tysięcy lekarzy pochodzenia żydowskiego zostało wymordowanych przez Niemców, kilkaset zginęło podczas i na skutek działań wojennych 1939—1941, około tysiąca służy w polskich oddziałach wojskowych na obszarach zachodniej i południowej Europy, albo też czasowo zamieszkuje na zachodzie Europy.

2. Siedem do ośmiu tysięcy lekarzy przy ludności około 23 milj. może ją obsłużyć tylko przy systemie obsługi przez instytucje. Szpitale sanatoria,, domy macierzyństwa, różne instytucje opieki nad dzieckiem, ambulatoria, ośrodki zdrowia, poradnie specjalistyczne itp., muszą stworzyć podstawę dla odpowiedniej opieki leczniczej.

3. Dużo szpitali i zakładów pokrewnych zostało zniszczone podczas działań wojennych. Wiele innych spalono w Warszawie, Poznaniu, Gdańsku, Radomiu, Jaśle i w innych miastach. Większość została zajęta przez wroga na jego potrzeby; te po oswobodzeniu znaleziono w stanie zniszczenia. Podstawowe wyposażenie jak bielizna, odzież chorych, leki itp. zniknęły i są zupełnie nie do zdobycia w kraju.

Pierwszą potrzebę stanowią całkowicie urządzone szpitale. Pierwotny program przewidywał 58.000 łóżek, około 15.000 będzie wysłanych do grudnia 1945 r. Pozostałe 43.000 stanowią podstawową i pilną potrzebę.

4. Repatriacja obywateli polskich z Zachodu i ze Wschodu obejmuje około 3 milj. osób dorosłych, młodzieży i dzieci, z nich wiele wymagających natychmiastowej pomocy leczniczej i zapobiegawczej.

5. Powracające wywiezione osoby będą kierowane do punktów wjazdowych na Zachodzie, Wschodzie i Południu. Trzeba mieć na uwadze, że większość tych repatriowanych przyjedzie koleją, jednakże wielu z nich powraca i będzie powracało w coraz większej liczbie pojazdami konnymi, ciężarówkami i wszelkimi innymi środkami komunikacji, a także pieszo.

45 doraźnie zorganizowanych szpitali i jednostek przeciwepidemicznych z pełnym wyposażeniem jest niezbędnych do obsłużenia tych punktów. Poza tym wewnętrzne pomieszczenia ludności są również w toku i to na wielką skalę i będą trwały przez szereg miesięcy. Szczególnie poważny problem stanowi 400.000 mieszkańców zrujnowanej Warszawy, których liczba codziennie wzrasta. Był to dawniej ośrodek systemu szpitalnego w Polsce, zredukowany obecnie do paru tysięcy łóżek, obsługujących ludność, żyjącą w warunkach niesłychanie trudnych.

Ażeby zapełnić te braki, a w szczególności potrzeby repatriantów specjalny program dodatkowy jest konieczny.

6. Wykaz leków, uzupełniający podstawy projektowane do końca grudnia 1945 r. jest przygotownay i nie przewiduje się trudności w zadośćuczynieniu tej potrzebie.

7. Prawdziwą przysługą może być dostarczenie kompletów amerykańskich, angielskich i francuskich wydawnictw technicznych za okres 1939—1945 r. Są one niezbędne w procesie odbudowy służby zdrowia.

Seria specjalistycznych monografii i memorandów o najnowszych zdobyczach z zakresu medycyny zapobiegawczej i leczniczej powinna być dostarczana w tłumaczeniu na język polski. Ministerstwo Zdrowia w Polsce w porozumieniu z Sekcją Zdrowia UNRRA opracowało wykaz dokładny tych życzeń.

*) Wg komunikatów Min. Zdrowia.

POLSKI ZWIĄZEK ZIELARSKI

Z Pol. Związku Zielarskiego otrzymujemy następujący komunikat.

Dnia 7 lipca br. odbyło się pierwsze Walne Zgromadzenie Polskiego Związku Zielarskiego. Prezesem Związku został wybrany prof. U. J. dr Marek Gatty-Kostyal, dotychczasowy przewodniczący Komisji Organizacyjnej.

Związek jest zrzeszeniem wszystkich osób i instytucji zajmujących się produkcją zielarską, bądź w formie uprawy roślin leczniczych i przyprawowych, bądź zbiorem ze stanu dzikiego. Celem Związku jest skoordynowanie działalności zielarskiej łącznie z obroną interesów producentów, współpraca z instytucjami państwowymi, samorządowymi i spółdzielczymi w zakresie produkcji, przetwórstwa i handlu zielarskiego oraz popieranie wszelkiej akcji zdążającej do rozwoju rodzimego zielarstwa. Do zakresu prac Polskiego Związku Zielarskiego należeć więc będzie przede wszystkim działalność instruktorska przez udzielanie porad fachowych, wydawanie publikacyj, urządzanie kursów, odczytów, wycieczek, wystaw; starania nad zaopatrzeniem swych członków w nasiona, sadzonki, nawozy sztuczne, narzędzia, organizowanie związkowych suszarni, krajalni, proszkarni, magazynów itp. Przez współpracę ze sferami naukowymi, rolniczymi i farmaceutycznymi dążyć będzie Związek do prowadzenia wzorowych upraw zielarskich, powodowania badań w zakresie doświadczalnictwa i hodowli, oraz badań farmakodynamicznych nad wytwarzanym surowcem.

Również właściwe zorganizowanie zbiórki roślin ze stanu dzikiego pragnie P. Z. Z. ująć w swe ręce, stojąc na stanowisku uwzględniania w swych poczynaniach wymagań ochrony przyrody.

Do działalności P. Z. Z. będzie należało zbieranie i ogłaszanie statystyk dotyczących wytwórczości zielarskiej.

Reprezentując zawodowe interesy zielarstwa, winien Związek przez swych przedstawicieli brać udział w komisjach cennikowych związanych z handlem, przesyłką i wywozem ziół.

Władzami Związku obok Walnego Zgromadzenia i Zarządu Głównego jest Rada Związku złożona z 14 członków i 7 zastępców. W Radzie zasiadają także przedstawiciele instytucji zainteresowanych w akcji zielarskiej. Obok Centrali Związku, mającej czasowo siedzibę w Krakowie, utworzone będą w poszczególnych województwach Oddziały. Zarząd Oddziałów składa się z 3 członków i 2 zastępców.

Biuro dyrekcji w Krakowie pl. Szczepański 8. IV p. pokój nr 29. Dyrektorem Biura jest inż. Szlenk. — Składka członkowska dla członków zwyczajnych wynosi 10 zł miesięcznie, wpisowe 30 zł, dla instytucji (osób prawnych) 50 zł, wpisowe zaś 300 zł.

Związek przystępuje obecnie do wydawania własnego miesięcznika pt. „Przegląd Zielarski“, mającego przedstawiać

całokształt zagadnień zielarskich. Dotychczas ogłaszane były krótkie artykuły w dziale „Zielarstwo" w czasopiśmie „Orka".

P. Z. Z. pragnie kontynuować działalność tak zasłużonego przed wojną Polskiego Komitetu Zielarskiego, którego członków wciągnięto w miarę możności do rozpoczętej akcji.

Ze względu na powojenną sytuację wyrażającą się, w przemyśle farmaceutycznym krajowym i zagranicznym ruiną laboratoriów i wytwórni oraz trudnościami przywozu egzotyków, wszelka akcja zmierzająca do racjonalnej eksploatacji i powiększenia własnych zasobów surowców leczniczych jest niezmiernie ważna i godna szczególnego zainteresowania sfer lekarskich. Taki nawrót do ziołolecznictwa, wniesie niechybnie, jak to już zauważono po I-szej wojnie światowej, wiele nowych względnie odnowionych wartości do współczesnego skarbca leczniczych środków.

Państwowa Rada Zdrowia została powołana na nowo przy Mtwie Zdrowia. Ma ona za zadanie współdziałać z Ministerstwem Zdrowia w opracowywaniu wytycznych polityki zdrowotnej Państwa i opiniować poczynania Władz w sprawach zdrowotnych i populacyjnych.

Na przewodniczącego P. R. Z. powołany został Dr Marcin Kacprzak. Pierwsze posiedzenie wyznaczone zostało na 2 października 1945 r.

Członkowie Państwowej Rady Zdrowia. Członkami Państwowej Rady Zdrowia mianowani zostali prof. dr Fr. Walter, dr M. Ciećkiewicz i doc. dr St. Nowicki z Krakowa.

* * *

Postulaty felczerów. W Warszawie odbył się zjazd Zawodowego Związku Felczerów R. P. liczącego około 600 członków zatrudnionych w szpitalach, P. C. K., kolejnictwie itp. Związek wystąpił z postulatem przyznania dyplomowanym felczerom z wieloletnią praktyką tytułu „lekarza-praktyka" w odróżnieniu od lekarzy i drów medycyny. Przedstawiciel Mtwa Zdrowia obecny na Zjeździe oświadczył, że Mtwo skłonne byłoby poprzeć postulat w stosunku do felczerów mogących wykazać się odpowiednim poziomem wyszkolenia zawodowego którzy złożą przepisany egzamin. Przyznanie żądanego tytułu zależy jednak nie tylko od Mtwa Zdrowia, ale również od Mtwa Oświaty i opinii uniwersytetów.

Dr Gołąb Jan powołany został na członka Miejskiej Rady Narodowej (sekcja samitarna).

* * *

Krótkometrażowy film pt.: Niewidzialny wróg, poświęcony zagadnieniu niebezpieczeństwa chorób zakaźnych, a w szczególności tyfusu, zrealizowany został przy poparciu Nadzw. Komisariatu do Walki z Epidamiami.

* * *

Uzdrojowiska na ziemiach zachodnich. Na ziemiach zachodnich mamy 280 uzdrowisk i 53 stacje klimatyczne, odwiedzane przed wojną przez 640.000 kuracjuszów rocznie. Z tej liczby połowa kuracjuszów kierowała się na Śląsk, 31% na Pomorze Zachodnie, a reszta na Mazury.

Roczne wpływy z tych uzdrowisk, pod postacią taks kuracyjnych, można preliminować najmniej na 300 milionów zł. Osobno należy przewidzieć wpływy z pociągów popularnych i przeróżnych imprez. Warto wreszcie dodać, że w obsłudze przemysłu uzdrowiskowego i hotelarskiego na ziemiach odzyskanych znajdzie chleb i pracę 180 tys. osób.

(W/g K. C. z 31. 8. 45).

MEDYKAMENTY ZA PÓŁ MILIARDA DOLARÓW OD UNRRA

Do końca br. nadejdą do Polski dary UNRRA wartości ponad 500 milionów dolarów. Wśród nich pierwszą pozycję zajmą medykamenty i zaopatrzenie szpitalne. Rozładowywanie i przyjmowanie sprzętu medycznego odbywa się przy udziale delegatów, zaproszonych do kontroli partyj i organizacyj państwowych i społecznych.

Ministerstwo Zdrowia weszło w bezpośredni kontakt z przedstawicielem UNRRA dla spraw sanitarnych.

(W/g Dz. P. z 13/9 45).

KOLUMNY SANITARNE W STOLICY

W Warszawie istnieje Państwowy Zakład Higieny i Miejski Instytut Higieny. Obie instytucje prowadzą np. badanie produktów żywnościowych i na tym tle zdarzały się na terenie stolicy podwójne czynności. W celu rozgraniczenia zakresu działania obu instytucyj odbyła się z końcem sierpnia konferencja w Państwowym Zakładzie Higieny pod przewodnictwem dyrektora Zakładu, doc. dra F. Przesmyckiego, z udziałem przedstawicieli Resortu Zdrowia Zarządu Miejskiego, dra J. Majkowskiego, doc. dra Leyko, dra E. Świderskiego i przedstawicieli poszczególnych oddziałów Państw. Zakładu Higieny.

Omówiono sprawy badania wody, artykułów żywnościowych oraz badań bakteriologiczno-serologicznych. Ustalono podział czynności między P. Z. H. a M. I. H. i postanowiono wzmocnić akcję w kierunku polepszenia stanu zdrowotnego wody i artykułów żywności w stolicy.

W najbliższym czasie będą wysłane na miasto kolumny sanitarne z ramienia Zarządu Miejskiego, których członkowie będą przeszkoleni w Państw. Zakładzie Higieny.

(W/g K. C. 21/9 45).

LEKARSKI INSTYTUT NAUKOWO-WYDAWNICZY

Przy Ministerstwie Zdrowia powstał Lekarski Instytut Naukowo-Wydawniczy. Instytut ten ma na celu prowadzenie i popieranie badań naukowych w zakresie medycyny i nauk pokrewnych, wydawanie książek i czasopism naukowych i popularnych, organizowanie bibliotek lekarskich i archiwów szpitalnych, gromadzenie zbiorów i materiałów naukowych, wydawanie broszur z zakresu higieny i profilaktyki, opracowywanie do dzienników artykułów z zakresu medycyny społecznej, higieny, odkryć naukowych, zwalczanie szkodliwych wydawnictw brukowych, organizowanie odczytów naukowych i popularnych etc.

W zakresie bibliotekarstwa organizuje się w tej chwili Główną Bibliotekę Wojskową oraz sieć bibliotek lekarskich wojewódzkich i szpitalnych (powiatowych). Wszystkie księgozbiory, jakie ocalały w Warszawie, zostały zabezpieczone (m. in. zbiory poniemieckie). Czynione są starania o sprowadzenie książek z zagranicy.

Prowadzi się poszukiwanie bibliotek lekarskich poniemieckich na Dolnym Śląsku.

W zakresie wydawniczym Instytut przygotowuje do druku nowe wydania dawniejszych podręczników lekarskich oraz prace nowe. Na pierwszy plan pójdzie Podręcznik Higieny dra Gądzikiewicza. Gotowych jest do druku około 150 rękopisów.

Instytut wydawać będzie czasopisma lekarskie, w pierwszym rzędzie „Dziennik Zdrowia", dwutygodnik, który składać się będzie z części urzędowej i nieurzędowej oraz „Tygodnik Lekarski", pismo o charakterze ogólno-lekarskim.

Pierwszy numer „Dziennika Zdrowia" wyjdzie z druku już w najbliższych dniach. Dążeniem Instytutu jest, aby pisma te docierały do wszystkich lekarzy w całej polsce. Przewiduje się też na dalszą przyszłość wydawanie pism lekarskich z dziedzin specjalnych.

W zakresie propagandy medycyny społecznej przygotowuje się do druku wiele broszur. Pierwsza z nich — o zwalczaniu chorób wenerycznych — opuściła prasę.

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY

Z inicjatywy Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego zorganizowany zostanie w czasie od 9. X. do 18. X. 1945 r. przy szpitalu Marii Magdaleny w Łodzi 10-dniowy kurs dokształcający z zakresu wenerologii dla lekarzy ogólnopraktykujących i pracujących względnie zamierzających pracować w państwowych lub miejskich przychodniach przeciwwenerycznych.

Zgłoszenia na kurs należy nadsyłać do Wydziału Zdrowia Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego do dnia 1. X. 1945 r.

Wydział Zdrowia zapewni uczestnikom kursu zakwaterowanie i wyżywienie za umiarkowaną opłatą.

* * *

Szkoła Pielęgniarska. — Dnia 17 bm. otwarta została Szkoła Pielęgniarska Sióstr Miłosierdzia w Krakowie.

Akademia Lekarska w Gdańsku podaje do wiadomości, że egzamin kandydatów na studentów odbędzie się dn. 16-go października r. b. o godz. 10-ej w Warszawie oraz w Gdańsku.

Kandydaci uprzednio zarejestrowani, winni złożyć w Sekretariacie Akademii w Gdańsku lub w Ministerstwie Zdrowia w Warszawie (Chocimska 24):

1) świadectwo dojrzałości lub indeks uczelni wyższej;
2) 2 fotografie;
3) własnoręcznie napisany życiorys.

W razie braku oryginału świadectwa dojrzałości, przedstawić należy zaświadczenie, zweryfikowane przez Kuratorium szkolne.

Weryfikacji podlegają również świadectwa dojrzałości uzyskane zagranicą lub w tajnym nauczaniu.

Termin składania dokumentów upływa dnia 13. października o godz. 12 w południe.

Badanie lekarskie Kandydatów odbędzie się w czasie od 10 do 14-go października r. b.

Informacji udzielają: Sekretariat Akademii Lekarskiej w Gdańsku oraz w Warszawie, Chocimska 24.

* * *

KONKURS

Wydział Powiatowy w Wąbrzeźnie ogłasza konkurs na stanowisko dyrektora-chirurga Szpitala Powiatowego w Wąbrzeźnie.

Do konkursu mogą się zgłaszać kandydaci, którzy odpowiadają następującym warunkom:

1) obywatelstwo polskie,
2) dyplom lekarski uznany przez Państwo Polskie,
3) prawo wykonywania praktyki w Państwie Polskim,
4) dłuższa praktyka szpitalna upoważniająca do używania tytułu specjalisty-chirurga.

Do stanowiska tego przywiązane są pobory według grupy VI urzędników państwowych wraz z dodatkami.

Wnioski wraz z uwierzytelnionymi odpisami dokumentów należy złożyć na ręce lekarza powiatowego w Wąbrzeźnie w terminie do 15. 10. 1945 r.

Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Z. Czarnocki

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

MEDYCYNA SPOŁECZNA I KLINICZNA

Lublin, rok I nr 1 lipiec 1945, str. 140.

Treść: W sprawie kreowania oddzielnego Ministerstwa Zdrowia. — Z działalności resortu Pracy, Opieki Społ. i Zdrowia. — Palące zagadnienia: Dr J. Freytag. — Istota higieny Społecznej: prof. dr E. Grzegorzewski. — W sprawie administracji szpitali: dr M. Biernacki. — Projekt organizacji szpitali powiatowych: dr J. Sowiakowski. — O warunkach higieniczno-sanitarnych na robotach publicznych: dr M. Radajewski. — Rozwój pojęć o etiologii chorób zakaźnych: prof. dr L. Hirschfeld. — Tyfus plamisty: doc. dr J. Morzycki. — Przyczynek do beztlenowcowego zakażenia: gen. dr M. Moguczy. — O znaczeniu klinicznym stanów hipoglikemicznych: prof. dr J. Węgierko. — Leczenie antiretikularną cytotoksyczną surowicą Bohomolca: mjr dr J. Hanzel. — O leczeniu niewydolności układu sercowo-naczyniowego: dr J. Dobrzyński. — O nowych biologicznych bakteriobójczych środkach *gramocidinie* i *penicillinie*: dr B. Zabłocki. — Niepłodność i sztuczne zapłodnienie: dr A. Lerkam. — Czworaczki Tomaszowskie: dr J. Peter.

Przegląd epidemiologiczny: dr P. Pilczuk. — Dwa Zjazdy lekarzy powiatowych w Lublinie. — Wydział Lekarski Uniwersytetu im. Marii Curie-Skłodowskiej. — Z Lubelskiego Twa Lekarskiego. — Okólniki, komunikaty, rozmownica lekarska, statystyka Pogot. Rat., ankieta.

NOWINY LEKARSKIE

Poznań, Rok 52, nr 5 z 1. VIII 45, dwutygodnik społ. naukowy — organ Wojew. Urzędu Zdrowia, Izby Lekarskiej Poznańskiej, Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Treść: Znaczenie sanitariatu portowego dla Państwa: dr A. Brodniewicz. — Obserwacje nad narządem krążenia i słuchu w komorach pneumatycznych: dr K. Mietkowski. — Kilka uwag co do organizacji i ewentualnej reorganizacji naszych studiów lekarskich: prof. dr S. Różycki. — Witaminy w świetle badań ostatnich lat: dr F. Modrzejewski. — O jednolity charakter organizacyjny lecznictwa w Polsce: dr. A. Jankowska. — Dział informacyjny, komunikaty.

Nr 6 z 15. VIII 45:

Treść: Amoniak jako środek pomocniczy do dezynfekcji w komorach żarowych: prof. dr W. Gądzikiewicz. — O ropniach śledziony podurowych w związku z przypadkiem wyleczonym: prof. dr F. Łabendziński i dr R. Drews. — Ostra niedrożność jelita wywołana kamicą żółciową: dr B. Krajnik. — Wpływ witaminy *A* na przemianę podstawową u dzieci z nadczynnością tarczycy: dr T. Rafiński. — Witaminy w świetle badań ostatnich lat: dr F. Modrzejewski cz. II. — Próba charakterystyki współczesnej rzeczywistości lekarskiej: S. Wrzyszczyński — referat dyskusyjny na I plenarnym Zebraniu Sekcji Lekarzy Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu w dniu 4 sierpnia 1945. — Komunikaty, informacje.

NA WZNOWIENIE „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO" ZŁOŻYLI:

500 zł

Prof. dr M. Rutkowski — Kraków

300 zł

Pow. Pińczów:
Dr Dutkiewicz Roman — Skalbmierz.

250 zł

Pow. Pińczów:
Dr Mieżyński Tadeusz — Kazimierza Wielka.

200 zł

Pow. Pińczów:
Dr Madej Władysław — Opatowiec.

Pow. Brzesko:
Szpital Powiatowy w Brzesku, Dr Kotas Rudolf — Brzesko.

Pow. Krosno:
Dr Lewicki Zygmunt — Krosno.

150 zł

Dr Goryca Józef — Czchów. Dr Jakubowska Zofia — Borzęcin. Dr Kohlberger Tadeusz — Zakliczyn. Dr Lubowiecki Jerzy, dr Łabno Stanisław, dr Łosiowski Zdzisław — Brzesko.

100 zł

Pow. Opatów:
Dr Glińska Helena, dr Gliński Bohdan, dr Kraus Ferdynand, dr Ocepa Józef, dr Ornatkiewicz Mieczysław, dr Pajerski Romuald — Opatów. Dr Wiktor Alfons — Iwaniska.

Pow. Kęty:
Dr Dziewoński Władysław — Kęty.

Pow. Brzesko:
Dr Łukowa Zofia — Lusławice. Dr Nepomuski Florian, dr Runge Witold — Brzesko. Dr Schubert Stanisław — Wojnicz.

Pow. Pińczów:
Dr Generowicz Jarosław — Pińczów. Dr Grębowski Karol — Działoszyce. Dr Podkopał Józef — Kazimierza Wielka. Dr Żuk Józef — Pińczów.